Nr. 39 26. września 1926 Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. F. WALTER. Kraków.

Przyczynek do znajomości pochodzenia liszajca opryszczkowego (*Impetigo herpetiformis*).

Z kliniki dermatologicznej U. J. W Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Niewytłómaczona dotychczas sprawa pochodzenia *Impetigo herpetiformis* (I. h.), dzięki kilku nowym dokładnie spostrzeganym i opisanym przypadkom, powoli poczyna się wyjaśniać. Przypadki te potwierdzają przypuszczenia Ziehmanna, Schardorna, Tryba i innych, że przyczyny powstawania I. h. szukać należy w nieprawidłowych czynnościach gruczołów dokrewnych.

Ogłaszając w r. 1922 typowy przypadek I. h. i rozmiękczenia kości u kobiety ciężarnej, wyraziłem przypuszczenie, że I. h. jest cierpieniem wywołanem zmianami we wszystkich gruczołach dokrewnych i to z przewagą zmian w gruczołach przytarczycznych i przysadki mózgowej. W ten sposób możnaby rozszerzyć pojęcie typowego I. h. Hebry i przyjąć możliwość występowania tego cierpienia tak u kobiet ciężarnych, jak i u mężczyzn i dzieci.

W ostatnich latach szczególnym zbiegiem okoliczności mogłem obserwować dwa dalsze typowe przypadki I. h. u kobiet ciężarnych, które potwierdzają przypuszczenia współczesnych autorów o pochodzeniu I. h. Przypadki te przytaczam w krótkim opisie:

Przypadek I. Z. P. lat 33, zamężna, przyjęta na oddział chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie dnia 24 kwietnia 1922 r., przeniesiona w następnym dniu na oddział położniczo-ginekologiczny. Dane z przebiegu choroby zawdzięczam wspólnej obserwacji chorej z Prym. Drem W. Rychlińskim.

Chora nie przechodziła żadnych chorób; rodziła 5 razy, pierwszy poród operacyjny. Wszystkie dzieci żyją. Ostatnia menstruacja przed 8. miesiącami. Chora znajduje się w 8 miesiącu ciąży. Obecna choroba rozpoczęła się przed 10 tygodniami bardzo bolesnemi napadami skurczów obu rąk i wyraźnym szczękościskiem. Prawa dłoń pozostała w skurczu, w lewej ręce skurcz ustąpił, jednak od czasu do czasu następuje nawrót. W okolicy stawu garstkowego i na dłoni prawej, również na obu kończynach dolnych wystąpiły obrzęki. Od 2 tygodni pojawiły się krosty i strupy na wewnętrznej stronie ud i na brzuchu. Zmian skórnych w przebiegu poprzednich ciąży nie zauważyła.

Stan obecny: Ciepłota 37.4°, tętno 98, dobrze napięte. Budowa prawidłowa, odżywienie liche, skóra i błony śluzowe blade. Narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch wysklepiony, macica 4 palce powyżej pępka, ruchy płodu wyraźne Na kończynach dolnych obrzęki, większe na kończynie dolnej lewej, w okolicy stawu skokowego i na grzbiecie nogi.

Mocz wysycony; białko obecne 6‰. W osadzie ciałka ropne, nabłonki dróg moczowych, skąpe wałeczki szkliste.

Odczyn B. Wassermanna w surowicy krwi ujemny, Sachsa i Georgiego ujemny, Hb. 54%, (Sahli). Ilość ciałek czerwonych 3,635.000, ciałek białych 9200.

Limfocyty 22%, jednojądrzaste 11%, przejściowe 7%, neutrochłonne 57%, eozynochłonne 3%.

Szczepienie krwi na pożywki dało wynik ujemny. Szczepienie zawartości pęcherzyków ropnych wypadło również ujemnie.

Skóra: Na wewnętrznej stronie ud i częściowo na ich tylnej powierzchni, i w okolicy fałdów udowo-wargowych, na dolnej części brzucha i na brzuchu powyżej pępka, na obu pośladkach, skóra zaczerwieniona, w obwodzie naciekła, pokryta drobnemi pęcherzykami wielkości prosa wypełnionemi cieczą ropną, układającemi się współśrodkowo tak, że tworzą wał złożony z 3, miejscami z 4 rzędów; w niektórych miejscach ciągłość ich zostaje przerwana. Niektóre z pęcherzyków pokryte są strupami zaschłej wydzieliny powstałej po pęknięciu pęcherzyków. W częściach środkowych ognisk występuje sączenie a w samym środku tworzą się złogi zaschłych strupów. W otoczeniu tych rozległych ognisk, spostrzega się w obwodzie świeże ogniska, różnej wielkości, złożone z samych pęcherzyków ropnych współśrodkowo ułożonych. Podobne ogniska tworzą się i na pośladkach i na wewnętrznej stronie ud.

Badanie histologiczne wycinka z grupy drobnych pęcherzyków, po utrwaleniu i zatopieniu w celuloidynie wykazało ścieńczały naskórek, listewki naskórka wydłużone; miejscami brak części zrogowaciałej naskórka i warstwy ziarnistej. Miejscami nieprawidłowe łuszczenie. W warstwie komórek kolczastych, więcej w górnych pokładach nacieki drobne, złożone z ciałek białych wielojądrzastych. W preparacie widać jamki mniejsze, o powierzchni górnej utworzonej z warstwy rogowej, a ścianach dolnych i bocznych utworzonych z warstwy komórek kolczastych. W najbliższem sąsiedztwie jamek komórki są nieco większe, słabiej barwiące się, o niewyraźnych, również słoba barwiących sią jądrach. Większa jamka, znajdująca się w górnych warstwach naskórka, uległa pęknięciu i w górnej swej części pokryta jest tylko częściowo warstwą zrogowaciałych komórek. W środku jamki, na dolnych i bocznych ścianach nagromadzenie ciałek ropnych, wielojądrzastych i bezpostaciowych tworów.

W warstwie skóry właściwej naczynia krwionośne porozszerzane, również i naczynia chłonne. W warstwie brodawkowatej nacieki złożone z komórek okrągłych i wielojądrzastych leukocytów, rozrzucone grupami lub otaczające naczynia krwionośne; dookoła gruczołów potnych nacieki miejscami nawet dość obfite.

Warstwa klejorodna obrzękła, włókna klejorodne rozluźnione zwłaszcza w górnych warstwach. Włókna sprężyste zachowane, w ogniskach większych nacieków zanikłe, lub przedstawiające się jako zniekształcone części włókien.

Brak drobnoustrojów ropnych.

26. IV. Ciepłota 37.6°, tętno 96, dobrze napięte; ataki powtarzają się w krótkich odstępach, skurcz krtani, duszność, sinica.

27. IV. Ciepłota 37.5°, tętno 100, dobrze napięte. W obwodzie pierwotnych ognisk nowe wykwity pęcherzyków. Dawniejsze położone w środku ulegają zaschnięciu i częściowemu łuszczeniu się.

28. IV. Ciepłota 36.8°, tętno 90. Badanie układu nerwowego: Źrenice nie oddziaływują na światło i na przystosowanie się. Nerwy twarzowy i podjęzykowy bez zmian. Objaw Chwostka wybitnie dodatni, objaw Trousseau również bardzo wybitny. Ręka lewa w skurczu tonicznym, ułożona w dłoń położnika. Ułożenie ręki prawej nieco odmienne, skurcz toniczny, palce w stawach międzyfalangowych spastycznie przykurczone, nie dają się odprowadzić w położenie wyprostne. Obniżenie czucia na kończynach dolnych, odruchy kończyn dolnych bez zmian.

29. IV. Ciepłota 37°, tętno 104, ataki powtarzają się. Nowe wykwity skórne nie tworzą się. Na skórę brzucha okłady z 3% kwasu borowego. Sinica, duszność.

30. IV. Ciepłota 37.2°, tętno 130 słabo napięte.

1. V. Ciepłota 37.8°, tętno 140 słabo napięte. Brzuch lekko wzdęty. Mocz wysycony. Białko ½‰ .Ataki trwają dalej. Rozwiązano chorą *per sectionem caesaream vag*. Płód płci męskiej, nieżywo urodzony z powodu dokonanego wymóżdżenia.

2. V. Ciepłota 38.8°, tętno 140. Ataki tężyczki powtarzały się dwukrotnie. Dożylnie Argochrom.

3. V. Ciepłota 39.4°, tętno 130 słabo napięte. Poronne ataki tężyczki. Przykurczenie lewej ręki ustępuje. Zmiany skórne ulegają zaschnięciu lub łuszczeniu się. Sączenie ustało. Dożylnie 8 cm³ *Calcium chlor.*

4. V. Ciepłota 39°, tętno 140 bardzo słabo napięte. W nocy krwotok maciczny. Ergotyna, *Hypodermoclysis*, mięsienie.

5. V. Ciepłota 38.4°, tętno 140. Tony serca głuche. Nad koniuszkiem wyraźny szmer skurczowy. Krwotoki powtarzały się w ciągu dnia — w mniejszym stopniu. Wykwity skórne uległy zaschnięciu, w środku po usunięciu strupów i łusek powierzchnia sucha, czerwonawo-sino zabarwiona.

6. V. Ciepłota 39.3°, tętno 104, bardzo drobne. Wzdęcie brzucha, wymioty kałowe. Przepłukano żołądek, dożylnie Argochrom.

7. V. Ciepłota 38.6°, tętno drobne przepuszczające. Wymioty trwają w dalszym ciągu. W płucach rozlane rzężenia w dolnych płatach, sinica, duszność.

8. V. *Exitus laetalis.*

Protokół sekcji w dniu 10. V. 1922 r.

Anemja opon i mózgu; nieliczne, dość wiotkie zrosty opłucnowe po obu stronach, obrzęk w dolnych odcinkach płuc, wydzielina śluzowa w oskrzelach, zresztą płuca powietrzne. Serce bez zmian.

W jamie brzusznej stwierdzono zawartość płynu ropnego w ilości mniej więcej 2 litrów, złogi włóknikowe na otrzewnej, liczne zlepy między wzdętemi jelitami, niedokrwienie wątroby i nerek, nieznaczne powiększenie śledziony przy zachowanym obrazie

makroskopowym, dwa duże kamienie w pęcherzyku żółciowym; wyrostek robaczkowy prawidłowy.

Narządy rodne: Trzon macicy powiększony do wielkości główki dziecka. W jajnikach po jednym *corpus haemorrhagicum*, obustronne *pyosalpinx* z zarośnięciem ujść brzusznych. W tkance przymacicznej głównie po stronie lewej liczne ogniska ropne. Trzon macicy na przekroju nic przedstawia nic charakterystycznego. W okolicy lewego rogu macicy drobne resztki łożyska. Część pochwowa zniekształcona przez cięcie operacyjne, ujście wewnętrzne drożne dla opuszki palca wskazującego. Zrostów macicy z otoczeniem nie stwierdzono.

Gruczoły o wewnętrzem wydzielaniu: Przysadka mózgowa wielkości ziarna dużego bobu; nadnercze trochę powiększone z zachowaniem obrazu makroskopowego, szereg zaułków ślepo kończących się. Gruczołów przytarczycznych mimo dokładnego preparowania makroskopowo odnaleźć się nie dało. Tarczyca prawidłowa.

P r z y p a d e k II. Z. K. lat 34, żona robotnika przyjęta do kliniki dermatologicznej dnia 5. I. 1926, przeniesiona ze szkoły położnych po odbytym w dniu 4. I. porodzie. Płód płci żeńskiej, odpowiadający 7 miesiącowi ciąży, zmacerowany.

Chora podaje, że przed 4 tygodniami, przed przyjęciem do szkoły położnych, wystąpiły zmiany na skórze, na dolnej części brzucha i na wewnętrznej stronie ud. Wystąpieniu tych zmian towarzyszyły dreszcze i wymioty, bole w okolicy żołądka i w kończynach dolnych. W czasie ciąży zauważyła wypadanie włosów. Rodziła 5 razy. Pierwszy poród kleszczowy, następne siłami natury w prawidłowym czasie. Dwoje pierwszych dzieci umarło (w 3 i 7 miesiącu życia), troje żyje. Dotychczas poważniej nie była chorą. W czasie poprzednich ciąży nie zauważyła żadnych zmian na skórze.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie liche, budowa kośćca prawidłowa. Ciepłota 38.2°, tętno 90 dobrze napięte; ilość oddechów 24.

Narządy wewnętrzne: w obu szczytach płuc przytłumienie. Wymiary serca prawidłowe, tony serca głuche.

Narządy jamy brzusznej bez zmian.

Badanie ginekologiczne (2 dni po porodzie): Obrzęk sromu znacznego stopnia, ujście wewnętrzne przepuszcza opuszkę palca. Trzon macicy duży, sięga do 2 palców poniżej pępka, źle zwinięty, pulchny, odchody prawidłowe.

Mocz: Zabarwienie jasno-żółte, mętny, ciężar gatunkowy 1016. Oddziaływanie kwaśne. Chlorki prawidłowe. Moczany prawidłowe, fosforany prawidłowe. Bilirubina 0, Urobilina 0, Urobilinogen prawidłowy. Białko 1‰, cukier 0. Osad: Nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka ropne i nabłonki płaskie. Kilka komórek nerkowych.

Skóra. (Fig. 1). Na skórze brzucha, do wysokości pępka, na bocznych częściach miednicy, na wewnętrznej stronie ud, więcej na kończynie dolnej prawej, aż do wysokości stawu kolanowego, na przedudziach, na pośladkach, na bocznych częściach klatki pier-



siowej, po stronie lewej aż do wysokości sutka skóra zaczerwieniona, nieco naciekła tworzy ogniska chorobowe o nieregularnych zarysach. Środek ogniska pokryty łuskami, nieco dalej ku obwodowi strupami. Na brzegach ognisk widać szeregi drobnych prosówkowych pęcherzyków wypełnionych cieczą ropną, ułożonych miejscami współśrodkowo w 2 lub 3 rzędy. Miejscami niektóre z tych pęcherzyków uległy już pęknięciu i pokryte są żółtawo-brudnemi strupami. Na stronie tylnej lewego uda skóra zaczerwieniona na obszarze dłoni dorosłego człowieka, pokryta strupami zaschłej wydzieliny, łuskami, a w obwodzie szeregiem pęcherzyków ropnych. Podobne ogniska znajdują się na podudziu lewem i prawem. Kilka drobnych ognisk różnej wielkości złożonych ze samych wykwitów pęcherzykowych; w niektórych większych da się już zauważyć środek przypłaszczony, pokryty strupami. Ściany pęcherzy są słabo napięte. W niektórych ogniskach środkowe pęcherzyki zlewają się w większy pęcherz. Podobne ognisko wielkości monety srebrnej, złożone z samych pęcherzyków ropnych znajduje się w zagłębiu nadobojczykowem prawem.

Przerzedzenie włosów znacznego stopnia — miejscami zupełne wyłysienie; włosy cienkie, bez połysku. Paznokcie bez zmian.

Błony śluzowe blade, pozatem bez zmian. W celu badania histologicznego wycięto ze skóry podudzia prawego część świeżego ogniska chorobowego.

8. I. Ciepłota 38.6°, tętno 104 drobne, dobrze napięte. Chora czyni wrażenie odurzonej, na pytania odpowiada z trudnością, odmawia przyjmowania pokarmów. W środku ogniska, na dolnej części brzucha i na lewem udzie wystąpiło sączenie; pęcherzyki w obwodzie ulegają zaschnięciu.

Badanie krwi: Odczyn B. W. ujemny tak z surowicą czynną jak i nieczynną. Odczyn Meinickego ujemny.

Ilość Hemoglobiny (Sahli) 65%. Ilość ciałek czerwonych 3.200.000, białych 14.000. Obojętno-chłonnych wielojądrzastych 72%, limfocytów 26%, jednojądrzastych 0, eozynochłonnych 2%.

Szybkość opadania krwinek czerwonych średnio 95.



Zaszczepiono krew na pożywki; wynik po 24 i 48 godzinach zupełnie ujemny. Z treści pęcherzyków ropnych zaszczepionej na pożywki, wyhodowano gronkowce białe i złote.

9. I. Ciepłota 38.9°, tętno 102. Chora odurzona, nie oddaje moczu (odpuszczono cewnikiem). Pierwotne ogniska skórne ulegają łuszczeniu, jednak w obwodzie wytwarzają się nowe pęcherzyki ropne na skórze brzucha, na udach, na podudziu prawem, układające się współśrodkowo. Podobne świeże ogniska, złożone z samych pęcherzyków ropnych tworzą się dookoła brodawki sutka prawego.

10. I. Ciepłota 38.5°, tętno 100. Wstrzyknięto dożylnie 6 cm³ prawidłowej surowicy mężczyzny (42-letniego z odczynem B. W. ujemnym). Ciepłota po wstrzyknięciu mierzona co dwie godziny: 38.6°, 38.5°. 38.5°, 38.2°, 38.1°.

11. I. Ciepłota 37.3°, tętno 100. Sączenie w okolicy części rodnych idolnej części brzucha ustąpiło. W środku ognisk łuszczenie się płatami i częściowe przysychanie pęcherzyków ropnych.

12. I. Ciepłota 38.6°, tętno 104. Chora czuje się lepiej. Na klatce piersiowej, w otoczeniu brzegów ogniska dawnego powstają nowe wykwity pęcherzyków ropnych. Dookoła brodawki sutka lewego w fałdzie nosowo-ocznym prawym świeże wykwity pęcherzyków ułożonych współśrodkowo. Drugie wstrzyknięcie prawidłowej surowicy mężczyzny w ilości 10 cm³.

13. I. Ciepłota 38.1°, tętno 94. Podmiotowo czuje się lepiej. Odpowiada na pytania.

14. I. Ciepłota 38.2°, tętno 96. Na skórze prawego i lewego podudzia nowe ogniska wielkości dłoni dziecka zlewające się z dawniejszemi. Na klatce piersiowej dookoła dawnego ogniska świeże wykwity drobnych pęcherzyków ropnych. Również na plecach tworzą się nowe wykwity. Środek dawniejszych wykwitów ulega zaschnięciu.

15. I. Ciepłota 38.2°, tętno 96. Trzecie wstrzyknięcie 10 cm³ surowicy mężczyzny. W nocy wystąpił napad drgawek trwający kilka minut, połączony z utratą przytomności.

16. I. Ciepłota 38°, tętno 100. Chora czuje się bardzo osłabioną. Pęcherzyki ropne utrzymują się, nie zasychając. Posiewy świeże z treści pęcherzyków okazały się po 48 godzinach zupełnie jałowemi.

17. I. Ciepłota 39.2°, tętno 98. Nowe wykwity pęcherzyków ropnych. W ogniskach dawniejszych na skórze brzucha występuje sączenie.

18. I. Ciepłota 39.2°, tętno 110. W nocy wystąpiły biegunki.

19. I. Ciepłota 37.6°. Wstrzyknięto dożylnie 12 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej (O. B. W. ujemny).

Badanie krwi: hemoglobiny 75%, ilość ciałek czerwonych 3,280.000, ciałek białych 6,800.000, obojętno-chłonnych wielojądrzastych 78%, jednojądrzastych 2%, limfocytów 17%, eozynochłonne 3%.

Badanie nerwowe. (Prym. doc. Dr. E. Artwiński). Obustronny objaw Chwostka wybitnie dodatni, silniejszy po stronie lewej. Objaw Trousseau występuje po jednej minucie w niezupełnie typowym charakterze. Pobudliwość nerwu twarzowego wzmożona, silniej po stronie prawej (0:5 Ma).

20. I. Ciepłota 38.1°, tętno 120. Język wilgotny. Na plecach tworzą się nowe pęcherzyki ropne zlewając się z poprzednimi. Sączenie w okolicy ud i części rodnych zewnętrznych utrzymuje się.

21. I. Ciepłoty 37.8°, tętno 100.

22. I. Ciepłota 37.5°, tętno 100. Drugie (5) wstrzyknięcie 7 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej. Ciepłota wieczorem 39.4°, tętno 106 dobrze napięte.

23. I. Ciepłota 37.2°, wieczorem 38.5°. Na nogach dookoła ognisk dawniejszych pojawiły się rumienie o zabarwieniu żywo czerwonem, nieco wystające nad powierzchnię skóry, sięgające na odległość 1 cm poza ogniska skórne. Środek ogniska pokrywa się łuskami dość zbitemi, barwy szarawo-białej.

24. I. Ciepłota 37.1°—37.8°. Tętno 98, dobrze napięte. Nowe pęcherzyki ropne nie tworzą się, natomiast powstają złogi łusek na udach, przedudziach, na grzbiecie nóg i na skórze brzucha. Na plecach występuje płatowe łuszczenie.

25. I. Ciepłota 37.2°—38.2°. Tętno 90. Chora czuje się dobrze. Nowe wykwity nie tworzą się. Łuszczenie trwa dalej i to najwybitniej na skórze brzucha i na kończynach dolnych.

26. I. Ciepłota 37.2°, tętno 90 dobrze napięte. Kończyny dolne pokryte łuskami szarawo-białemi tworzącemi się na podłożu naciekłem, czerwono-sino zabarwionem. Miejscami tworzą się strupy barwy żółto-szarej. Trzecie (6) wstrzyknięcie 10 cm³ surowicy kobiety ciężarnej.

27. I. Ciepłota 37.4°, tętno 90. Maść salicylowa 2% na ognisku na brzuchu i klatce piersiowej.

28. I. Ciepłota 37.2°, tętno 88. Chora czuje się dobrze, wstaje. Łuszczenie trwa dalej. Powstają obrazy kliniczne podobne do łuszczycy. Czwarte (7) wstrzyknięcie 8 cm³ surowicy ciężarnej.

29. I. Ciepłota 37.2°, tętno 88, dobrze napięte.

30. I. Chora opuszcza klinikę na żądanie rodziny. Wszystkie wykwity pokryte łuskami srebrzysto-białemi. Do domu przepisano: *Ung. Ac. Pyrogal.* 2½%. Stan ogólny dobry.

W czasie pobytu chorej w klinice przeprowadzono następujące badania:

Badanie układu wegetatywnego, wykazało zwiększoną wrażliwość na pilokarpinę.

Badanie krwi: Rezerwa alkaliczna (Metoda Van Slyke'a) 67.2.

Ilość Ca we krwi (na 100 cm³ surowicy) 6.5 mgr.

Krzepliwość krwi. (Metoda Fonia). Początek 2 m, koniec 10 min.

Badanie moczu. Stopień kwasoty 2.8.

Badanie Roentgenologiczne: siodełko tureckie prawidłowe.

Badanie oka. *Conjunctivitis catarrhalis exacerbans; residua post irit. Catarracta secund. oc. utque.*

Badanie histologiczne. Po utrwaleniu i zabarwieniu różnemi sposobami wycinka z ogniska na przedudziu stwierdzono w naskórku 2 pęcherzyki — jeden większy, częściowo pokryty od brzegu warstwą zrogowaciałego naskórka, pozatem otwarty, drugi, mniejszy znajdujący się pomiędzy warstwą komórek kolczastych a warstwą zrogowaciałą naskórka, która tworzy górną jego powierzchnię. W otoczeniu warstwy naskórka zrogowaciałego podnoszą się falisto ku górze rozszczepiając się wachlarzowato. Miejscami *parakeratosis* lekkiego stopnia. Warstwa komórek ziarnistych miejscami zachowana. Brak jej tylko w bezpośredniem sąsiedztwie pęcherzyków. Warstwa komórek kolczastych w otoczeniu pęcherzyków rozluźniona. Występuje obrzęk międzykomórkowy, naciek wielojądrzastych ciałek białych. Komórki w górnych warstwach większe, o jądrach słabo barwiących się, w niektórych komórkach widoczne wodniczki. W otoczeniu pęcherzyków listwy naskórka wpuklają się w głąb skóry, jako sople wydłużone a warstwy tworzące podstawę pęcherza występują w postaci krótkich lecz szerokich listewek.

W warstwie brodawkowatej skóry znajduje się naciek ciałek białych wielojądrzastych i komórek okrągłych w znacznej ilości, w dalszych warstwach bardzo skąpy i to głównie dookoła uchyłków włosowych, gruczołów potowych i ich przewodów. W górnych warstwach włókna tkanki klejorodnej rozluźnione, włókna sprężyste zachowane, tylko w sąsiedztwie pęcherzyków nieco krótsze i mniej zbite. Badanie w kierunku drobnoustrojów ropnych: ujemne.

Przypadek pierwszy, podobnie jak przypadki Scherbera, Wagnera, Kapferera, Kolischa i Kyrlego cechuje występowanie równorzędne tężyczki. Objawy tężyczki jawnej występowały w naszym przypadku u wieloródki w 6-m miesiącu 8-ej ciąży a w 6 tygodni potem pojawiły się na skórze brzucha i ud wykwity I. h. Poprzednie ciąże przebiegały prawidłowo. Badanie histologiczne wycinków wykwitów skórnych przedstawiało typowy obraz I. h., posiewy krwi były jałowe, jak również posiew treści pęcherzyków. Ciepłota stosunkowo niezbyt wysoka. Badanie nerwowe dodatnie. Z powodu ustawicznie powtarzających się napadów tężyczki i rozszerzających się zmian skórnych, rozwiązano chorą przez pochwowe cięcie cesarskie. W następnych dniach po zabiegu, drgawki poczęły ustępować, również nowe wykwity na skórze przestały się wytwarzać. Pęcherzyki poczęły ulegać zaschnięciu, stan ogólny jednak począł się pogarszać — wystąpiły objawy ze strony otrzewnej — chora zmarła.

Sekcja zwłok stwierdziła w jamie brzusznej płyn ropny, liczne złogi włókniste na otrzewnej i zlepy. W narządach rodnych: ropne ogniska w tkance przymacicznej, głównie po stronie lewej, obustronne ropne zapalenie jajowodów. Gruczołów przytarczycznych mimo dokładnych poszukiwań nie dało się odszukać. Nadnercze nieco powiększone, tarczyca prawidłowa.

Drugi przypadek dotyczył wieloródki poprzednio zupełnie zdrowej, u której w 6 miesiącu ciąży wystąpiły objawy I. h przy podniesionej ciepłocie, wśród dreszczów, bólów w okolicy żołądka, wymiotów i bólów w kończynach dolnych. Chora urodziła przedwcześnie płód męski, zmacerowany. Badanie w kierunku kiły dało wynik zupełnie ujemny. W pierwszych dniach po porodzie zmiany skórne ulegały dalszemu rozwojowi — stan chorej pogarszał się, ciepłota utrzymywała się na wysokości 38—38.9° — wystąpiły biegunki i jednorazowy napad drgawek. W osadzie moczu stwierdzono obecność wałeczków szklistych i ziarnistych, w moczu białko. Posiewy z krwi pozostały jałowemi, posiewy dwukrotne treści pęcherzyków ropnych raz tylko wykazały obecność gronkowców (zanieczyszczenie). Badanie farmakologiczne układu wegetatywnego stwierdziło znaczną wrażliwość na pilokarpinę. Badanie roentgenologiczne siodełka tureckiego wykazało stosunki prawidłowe. Badaniem układu nerwowego dało się stwierdzić stan tężyczki utajonej (dodatnie odczyny Chwostka, Erba i częściowo Trousseau'a). Badanie krwi na obecność Ca w surowicy wykazało zmniejszenie Ca; stopień zasadowości krwi 67.2.

Stosowanie wstrzykiwań surowicy prawidłowej męskiej (3-krotne a 8 cm³) nie dało wyników korzystnych — sprawa chorobowa skórna jak i ogólna posuwała się naprzód; dopiero po zastosowaniu surowicy prawidłowej ciężarnej zmiany skórne przestały się wytwarzać i wykwity poprzednie ulegać zaschnięciu i łuszczeniu. Z biegiem czasu wszystkie ogniska pokryły się dość zbitemi złogami łusek srebrzysto-szarawych, na podłożu sinawo-czerwonem przypominając swem wejrzeniem łudząco obraz łuszczycy. Chora opuściła klinikę na życzenie rodziny niewyleczona, jednak w okresie wybitnej poprawy.

Oba przypadki powyżej przytoczone, cechuje równorzędne występowanie objawów tężyczki. O ile w pierwszym przypadku objawy tężyczki były typowe, o tyle w drugim przypadku musimy przyjąć utajoną postać tężyczki; przemawiały za tem: badanie neurologiczne, atak drgawek i badanie krwi na obecność soli wapniowych.

Podobny stan utajonej tężyczki istniał w przypadku L e s z c z y ń s k i e g o: I. h. wystąpiło u kobiety ciężarnej dotkniętej łuszczycą z dodatnim objawem Chwostka.

Piśmiennictwo ostatniej doby przynosi nowe spostrzeżenia równoczesnego istnienia I. h. i tężyczki jawnej. Prócz przypadków S c h a r d o r n a mamy do zanotowania przypadki K a p f e r e r a, K o l i s c h a i K y r l e g o.

Rzadkość pojawiania się typowych przypadków I. h. jest powodem, że wytłumaczenie pochodzenia I. h. napotyka na tak znaczne przeszkody. Według zestawień P o e l m a n n a dotychczas ogłoszono 51 typowych przypadków a od czasu pojawienia się powyższej pracy, z dostępnego mi piśmiennictwa mogłem zebrać 8 dalszych przypadków I. h. Są to przypadki: Leszczyńskiego, Kapferera, Kolischa, Dogali, Görla, Kyrlego i dwa moje.

Sprawę powstawania I. h. wikłały przypadki I. h. pojawiającej się u dzieci, mężczyzn i kobiet niecieżarnych; przypadki te nie odpowiadałyby więc typowym postaciom I. h. przyjętym i opisanym przez H e b r ę. Nowsze jednakowoż zapatrywania na powstawanie I. h. do których przyjęcia dały powód przyp. Z i e m a n n n a, S c h a r d o r n a, T r y b a i moje — przyjmują jako przyczynę powstawania I. h. — schorzenia gruczołów dokrewnych i z tego punktu widzenia występowanie I. h., nietylko u kobiet ciężarnych, jest najzupełniej możliwe. W poprzedniej mej pracy wyraziłem przypuszczenie, że I. h. jest schorzeniem wszystkich gruczołów dokrewnych z przewagą gruczołów przytarczycznych i przysadki mózgowej; układ bowiem gruczołów dokrewnych pracuje wspólnie i w wielkiej od siebie zależności. Na poparcie mych przypuszczeń pojawiły się dalsze przypadki — a i te dwie obserwacje, które obecnie przytaczam, stwierdzają zmiany w narządach dokrewnych jako zyczynę powstawania I. h.

Dziś szereg autorów zgadza się, że przyczyna powstawania I. h. leży w schorzeniach gruczołów dokrewnych. Za tem przemawia przypadek L e s z c z y ń s k i e g o, występowania I. h. u chorej ciężarnej z łuszczycą i utajoną tężyczką. W powstaniu łuszczycy gruczoły dokrewne odgrywają znaczną rolę — jako czynnik przyczynowy. Według naszych dzisiejszych wiadomości, przytoczonych obszernie i wyczerpująco w pracy L e s z c z y ń s k i e g o, szukamy przyczyn powstawania łuszczycy w układzie dokrewnym głowowo-szyjnym — a więc tarczycy i być może części gruczołowej przysadki mózgowej. B u s c h k e — opisując przypadek I. h. w którym istniał stwierdzony badaniem roentgenologicznem guz w okolicy *mediastinum* — o niezdecydowanym punkcie wyjścia — przyjmuje możliwość powstania tego guza w grasicy lub gruczole przytarczycznym, co było przyczyną powstania I. h. B h r u n s przytaczając swój przypadek powtórnego nawrotu I. h. u 42-letniej kobiety nieciężarnej przyjmuje jako przyczynę możliwość istnienia zmian w układzie gruczołów dokrewnych mimo, że badanie tychże gruczołów było ujemne.

Obraz tężyczki jest typowy i może być w każdej chwili doświadczalnie u zwierzat wywołany tak, że znaczenie gruczołów przytarczycznych dla tej postaci chorobowej nie ulega najmniejszej wątpliwości; anatomiczny brak tych gruczołów lub brak prawidłowej ich czynności prowadzi do zaburzeń w całym układzie gruczołów dokrewnych, i co zatem idzie, do chorobowych zmian w całym ustroju. Do tych też zmian klinicznych zaliczyć należy i zmiany skórne w przebiegu I. h. Dokładne studjowanie historji chorób dawniej ogłoszonych przypadków, podjęte i wykonane przez S c h a r d o r n a a to w kierunku ujawnienia zmian mogących świadczyć o równocześnie istniejącej tężyczce — choćby w stanie utajenia, nie powiodły się; autorowie wysuwając na pierwszy plan zmiany skórne, niewiele miejsca i uwagi poświęcali innym objawom. Jednakowoż mimo to znaleźć można w niektórych przypadkach objawy świadczące o obecności tężyczki, jak np.: skurcze kloniczne i toniczne, zaburzenia jelitowe (biegunki) wypadanie włosów, zmiany na paznokciach, brak zębów itd. S c h a r d o r n jako objaw charakterystyczny przyjmuje nawet częstsze występowanie I. h. na wiosnę, podobnie jak to stwierdzono w przypadkach tężyczki.

Jako moment ważny i analogiczny do tężyczki, należałoby podkreślić występowanie I. h. w czasie ciąży, w której właśnie praca gruczołów dokrewnych wysuwa się na pierwszy plan i właśnie wtenczas najwybitniej mogą wystąpić zmiany w czynnościach tychże gruczołów poprzednio nieujawnione. Potwierdza to również pojawianie się poronnych niejako objawów I. h. w poprzednich ciążach, w których jeszcze równowaga gruczołów dokrewnych jest tylko częściowo i stosunkowo na krótki czas wstrząśniętą. Po porodzie zmiany ustępują; gdy jednak wyczerpywanie czynności gruczołów dokrewnych nastepuje częściej w miarę nowych ciąży, prowadzi to w końcu do poważnych zaburzeń w ich czynnościach, do niemożności powrotu do stanu choćby zbliżonego do prawidłowego, zmiany skórne nie ustępują i choroba kończy się śmiercią.

Przypuszczenia o powstawaniu I. h. na tem samem tle, co i tężyczki, powinnaby potwierdzić ewentualną skuteczność opoterapji. W przypadku S c h a r d o r n a po podaniu wyciągu gruczołów przytarczycznych nie było żadnego skutku; zdaniem jego konkretnych wyników należałoby oczekiwać po przeszczepieniu gruczołu przytarczycznego. Zabieg ten miał sposobność wykonać K y r l e, jednak i ten sposób leczenia pozostał bez wpływu, co tłumaczyć by można tem, że, zmiany mogły być już tak daleko posunięte, że stosowanie tych zabiegów nie mogło przywrócić już równowagi w schorzałych gruczołach dokrewnych. A przytem podawanie jednego tylko wyciągu gruczołowego, nie może tak korzystnie i skutecznie wpływać na zaburzenia w czynnościach wszystkich gruczołów dokrewnych, jakie najprawdopodobniej zachodzą w przypadkach I. h.

P o e l m a n n na podstawie swojego przypadku I. h. u pierworódki, u której ani z wywiadów, ani z objawów chorobowych nie można było stwierdzić jakichkolwiek zmian w czynności gruczołów dokrewnych — uważa I. h. za autotoksykozę, do powstania której przyczyniają się wobec braku zaburzeń widocznych w gruczołach dokrewnych ciąża, albo łożysko; dodaje jednak, opierając się na przypuszczeniach M a y e r a i L i n s e r a, że wytworzone w czasie trwania ciąży jady, są zobojętnione przez przeciwjady i podczas niedomogi wchodzących w grę narządów dokrewnych występują klinicznie objawy chorobowe, które można określić jako zatrucia ciażowe, a do których P o e l m a n n zalicza i I. h. Wobec tego jego zdaniem, należy pojęcie I. h. rozszerzyć, względnie wyodrębnić z niego postacie, występujące u mężczyzn, i te uważać za chorobowę *sui generis* i to przynajmniej tak długo, jak długo etjologja I. h. nie będzie zupełnie wyjaśnioną. Znane jest dermatologom zjawisko, że wręcz przeciwne przyczyny lub czynniki chorobotwórcze, mogą wywołać postacie chorobowe tak podobne do siebie, że ich nie można odróżnić.

I. h. jest cierpieniem kończącem się przeważnie śmiertelnie. P o e l m a n n na 51 przypadków cytuje 30 przypadków śmiertelnych, 17 wyleczonych a 4, o niewiadomym dalszym przebiegu. Z następnych, ogłoszonych przypadków śmiertelnie skończyły się przypadki K a p f e r e r a, K y r l e g o i mój.

Najlepsze stosunkowo wyniki leczenia otrzymujemy dziś przez stosowanie surowicy zdrowej ciężarnej. D o g a l i stosował surowicę z pępowiny z wynikiem korzystnym, natomiast w przypadku L e s z c z y ń s k i e g o stosowanie surowicy z pępowiny dziecka okazało się mniej skuteczne w działaniu, niż stosowanie surowicy matki. Przyczyny korzystnego działania wstrzykiwań surowicy, możemy się dopatrywać w możliwości zachowania, względnie podtrzymania prawidłowej równowagi w czynnościach gruczołów dokrewnych aż do chwili, kiedy minie moment krytyczny. Z surowicą bowiem dodajemy tych brakujących ciał prawidłowych mających działać w kierunku odtruwania ustroju na skutek nagromadzenia się jadów z powodu nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych.

Wychodząc z tego założenia, że I. h. jest cierpieniem powstającem na skutek zaburzeń w równowadze wydzielniczej wszystkich gruczołów dokrewnych z przewagą gruczołów przytarczycznych, zdecydowałem się na leczenie mojego osatniego przypadku wstrzykiwaniem surowicy prawidłowej mężczyzny, jednak wynik był ujemny. Wstrzykiwania te nie zdołały powstrzymać rozwoju choroby, powstawały nowe wykwity, stan ogólny pogarszał się, wystąpiły drgawki, zajęcie sensorjum, biegunki tak, że ze względu na ciężki stan chorej, powróciłem do leczenia, które w pierwszym przezemnie obserwowanym przypadku dało pomyślne wyniki. Po zastosowaniu wstrzyknięć prawidłowej surowicy ciężarnej, stan chorej z dnia na dzień polepszał się, zmiany skórne przestały się wytwarzać, względnie przeobrażać się w inne a chora mogła opuścić klinikę w stanie znacznej poprawy. A więc stan właściwy surowicy ciężarnej, odpowiadający zmienionym warunkom czynności gruczołów dokrewnych na skutek ciąży i najprawdopodobniej przy udziale czynności wydzielniczej jajników stwarzał swoiste właściwości surowicy, które zdołały przywrócić zachwianą równowagę wydzielniczą gruczołów dokrewnych w czasie ciąży i zobojętnić wytwarzane w ustroju jady. Podobnie oczekiwaćby należało, że leczenie przypadku I. h. u mężczyzny prawidłową surowicą męską dałoby najzupełniej zadowalające wyniki.

Parę słów chciałbym jeszcze poświęcić opisowi bardzo charakterystecznego zejścia I. h. drugiego przypadku obecnie przytoczonego. G r o s s opisuje przypadek I. h., który w swoim końcowym rozwoju przedstawiał ogniska utworzone w ten sposób, że środek zajęty był przez łuski umiejscowione na zaczerwienionej podstawie, podczas gdy na obwodzie w obrębie otoczki znajdowały się krostki. „Gdy tych nie było powstawały obrazy przypominające guzek łuszczycowy. W dalszym przebiegu.... odbywała się inwolucja wśród tworzenia się strupów i łusek, bez okresu pośredniego sączenia. W ten sposób w pewnym momencie całe schorzenie mogło robić wrażenie atypowej łuszczycy". Byłoby to niejako drugie stadjum I. h., które na podstawie dalszej obserwacji zasługiwałoby na miano *„stadium psoriasiforme"*. Już i N e u m a n n zwracał uwagę, że takie podobieństwo z łuszczycą powstać może w okresie inwolucji I. h. Podobne obrazy łuszczycowe ustępują nawet po zastosowaniu maści pyrogallusowej. Podobne zejście I. h. obserwowali D u b r e u i l h, R i c h t e r a ostatnio i L e s z c z y ń s k i, w którego przypadku wykwity I. h. po zaschnięciu następowo poczęły się przekształcać w ogniska pokryte zbitemi łuskami, lub wytworzyły się wykwity, których przynależność była trudna do określenia. Były to ciągłe stożkowate nagromadzenia łusek, po oddzieleniu których skóra była różowa bez brocześ. Po jakimś czasie łączność łusek z podstawa wzmogła się a wykwity zbliżały się wyglądem do punktowatej ostrej łuszczycy, przechodzącej w okres cofania się. Na plecach obraz zbliżał się jeszcze bardziej do ustępujących płaskich nacieków łuszczycy.

W moim przypadku takie nowe wykwity pęcherzyków I. h. przestały się wytwarzać. Dawniejsze ulegać poczęły zaschnięciu, w środku wytwarzać się poczęły złogi łusek zbitych, srebrzystoszarawych równocześnie pojawiać się poczęły rumienie barwy różowo-czerwonawej wystające poza obręb łusek na odległość 1 cm, podczas gdy środek pokrywał się coraz obficiej pokładami łusek srebrzystych, przypominających żywo obrazy łuszczycy. Te przeistoczenia łuszczycowe ognisk I. h. powstawały przedewszystkiem na kończynach dolnych, na podudziach, stopach, na plecach a w mniejszym stopniu na brzuchu. Obrazy te kliniczne, przypominające obrazy łuszczycy stwierdzają opisy poprzednich autorów o przejściu I. h. w drugie stadjum, stadjum łuszczycowate. Możliwość istnienia podobnych obrazów łuszczycowatych potwierdziłaby poniekąd przypuszczenia o pochodzeniu I. h. podobnie jak i łuszczycy, jako powstałych wskutek zaburzeń w gruczołach dokrewnych.

Piśmiennictwo nowsze:

Poelmann: Derm. Zeitschr. B. 45. — Dogali: Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankh. 15. — Götl: Derm. Woch. 78. — Kapferer: Zentralbl. Haut. Krankh. 14. — Kolisch: Zentralbl. Haut 14. — Leszczyński: Przegląd dermatol. 18. — Kyrle: Zentralbl. Hautkr. 18.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI Lwów.
i Dr. Olga BALIKÓWNA.

Odczyn Wassermanna przy płonicy.

Z pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. Witold Lipiński.

Samoistość odczynu Wassermanna przy płonicy była od dawna przedmiotem sporu naukowego. Już bowiem w roku 1908, a zatem w dwa lata po pojawieniu się odczynu, Much i Eichelberg, jako pierwsi, wskazują na nieswoistość odczynu przy płonicy. Nieswoiste dodatnie wyniki znajdywali oni w 40% przypadków. Od tego czasu piśmiennictwo wzbogaciło się szeregiem prac, w których autorzy zajmują stanowisko, przeważnie odmienne od Mucha. Schleissner, Jochmann i Töpfer, Meier, Höhne, Boas i Hauge, badają materjał kilkudziesięciu surowic i spotykająją stale wyniki ujemne lub też dodatnie, o charakterze przemijającym. Pewne światło rzucają badania dalsze. Halberstädter, Müller, Reiche i Bruck wykonują odczyn Wassermanna równocześnie z ośmioma wywoływaczami, przyczem stwierdzają, że niektóre antigeny, wymianowane poprzednio na całym szeregu surowic kiłowych i normalnych, dają z surowicami chorych płoniczych nieswoiste dodatnie wyniki, podczas gdy przy użyciu antigenów innych otrzymują z temi samemi surowicami wyniki stale ujemne. W nieodpowiednim doborze wywoływaczy leży zatem prawdopodobnie przyczyna 40% nieswoistych wyników Mucha i Eichelberga. Wprawdzie badania Hechta, Lateinera i Wilenki, jak również Sommerfelda i całego szeregu innych stwierdziły ostatecznie wartość odczynu, rozstrzygając kwestję w sensie swoistości, to jednak, od czasu do czasu, pojawiają się jeszcze krytyczne głosy, wskazujące na znaczną nieswoistość odczynu Wassermanna przy płonicy. I tak Jacobowics stwierdza nieswoiste wyniki dodatnie u płoniczych między 20 a 25 dniem choroby, podczas gdy Sylvestri podaje ciekawe spostrzeżenie, że swoisty dodatni odczyn u luetyka może przejść pod wpływem płonicy w odczyn zupełnie ujemny. Kwestja swoistości odczynu przy płonicy wyłoniła się w ostatnich latach wreszcie pod wpływem pracy Pescha i Thomasa, którzy, wykonując odczyn Wassermanna 150 razy u 50 dzieci płoniczych, otrzymali wyniki ujemne 99 razy, przy 36 wynikach dodatnich, a 15 wątpliwych.

Ta rozbieżność wyników skłoniła nas do podjęcia badań własnych. Korzystając z bogatego materjału tutejszego oddziału zakaźnego, wykonaliśmy odczyn Wassermanna 700 razy u 150 chorych i ozdrowieńców po płonicy. Ponieważ a priori należało się spodziewać, że nieswoiste wyniki dodatnie będą miały swe źródło w pierwszym rzędzie w zwiększonej chwiejności kolloidalnej ciał białkowych w surowicach płoniczych, wykonywano stale, celem porównania, obok odczynu Wassermanna z surowicą unieczynnioną przez pół godziny w łaźni wodnej przy temperaturze 56° C., odczyn Wassermanna z surowicą czynną, która jak wiadomo, odznacza się znaczną chwiejnością globulin. Równocześnie wykonywano zawsze dla kontroli odczyn Sachsa-Georgi'ego, względnie odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.).

Jako wywoływaczów używano trzech antigenów: antigenu Bordeta (alkoholowy wyciąg z serca cielęcia, zadanego uprzednio acetonem), antigenu Sachsa (alkoholowy wyciąg z serca wołu z dodatkiem cholesteryny) i antigenu Wassermanna (alkoholowy wyciąg z wątroby płodu kiłowego). Stosowano metodę uproszczoną, podaną przez Lipińskiego (P. G. L. 1925 Nr. 40), używając mieszaniny trzech antigenów, uprzednio dokładnie wymianowanych. Wszystkie trzy antigeny wypróbowano przedtem na znacznej ilości surowic normalnych i kiłowych. Dopełniacz wiązano podług Graetza (po 20 minut) w temperaturze lodowni, w temperaturze pokojowej i w temperaturze cieplarki 37° C. Używano do odczynu poczwórnej dawki amboceptora. Wyniki odczytywano w godzinę od chwili zupełnego shemolizowania kontrol. Odczyn zmętnienia Meinickego odczytywano po dwóch godzinach, a poraz drugi po 24 godzinach. Krew pobierano od chorych stale w jednej porze, w godzinach przedpołudniowych, na 24 godzin przed wykonaniem odczynu. Surowicę przechowywano w lodowni. Odczyn Wassermanna wykonywano najwcześniej pierwszego dnia choroby, najpóźniej na 61 dzień zachorowania.

Nasuwało się przedewszystkiem pytanie zasadnicze, jak zachowuje się odczyn Wassermanna u chorych i ozdrowieńców po płonicy, nieluetyków, a zatem osobników, u których można było z całą stanowczością wykluczyć kiłę, a to, zarówno na podstawie badania klinicznego, jak też przy pomocy bardzo dokładnej anamnezy, zebranej od rodziców.

Na 150 chorych i ozdrowieńców po płonicy stwierdzono niezbicie u 7 kiłę dziedziczną, klinicznie i anamnestycznie, co stanowi w naszym materjale 4.6% kiłowych.

Ponieważ surowica czynna, jak to wynika między innymi z badań Lipińskiego i Skulskiej, dawała w znacznej odsetce nieswoiste wyniki dodatnie w przypadkach etjologji niekiłowej, oprócz stanów fizjologicznych, jak ciąża i połóg, uważaliśmy za miarodajny wyłącznie odczyn Wassermanna z surowicą unieczynnioną, przyczem ślad zahamowania odczytywaliśmy jako odczyn ujemny.

Na 350 odczynów Wassermanna z surowicą czynną otrzymaliśmy dodatnie wyniki 70 razy. Surowica czynna dała nam nieswoiste dodatnie wyniki 48 razy, co stanowi 14% przypadków, i to zarówno w pierwszych dniach płonicy, jak i w późniejszym okresie zdrowienia. Procent nieswoistych zahamowań byłby przypuszczalnie jeszcze większy przy surowicy czynnej, gdyby nie kilkanaście wyników, których nie można było odczytać z powodu samozwrotności surowicy.

Zupełnie odmiennie przedstawiają się wyniki, otrzymane z surowicą unieczynnioną. Jeżeli pominiemy kilka przypadków (4) zahamowania nieznacznego, które należałoby oznaczyć co najwyżej jako ślad, a które wskutek tego uznano za ujemne, nie spotkano przy surowicy unieczynnionej ani razu wyników nieswoistych. 22 dodatnich wyników z surowicą nieczynną otrzymano u chorych z kiłą dziedziczną. Odczyn zmętnienia Meinickego odpowiadał odczynowi Wassermanna z surowicą unieczynnioną.

Na szczególną uwagę zasługuje zachowanie się odczynu Wassermanna u chorych i ozdrowieńców po płonicy z dodatnią anamnezą kiłową. Zachodzą tutaj dwie możliwości. Pierwsza: Odczyn Wassermanna pozostaje przez cały czas płonicy dodatni. Jako przykład służy Edward S. lat 4. Rozpoznanie kliniczne: *Scarlatina, Otitis media suppur. Lymphadenitis, Lues hereditaria: (Keratitis parenchymatosa*, z dodatnią anemnezą kiłową u matki, dwa poronienia, jeden płód martwy). Odczyn Wassermanna wykonany 15-ego, 19-ego, 36, 41, i 45 dnia choroby dał wyniki wybitnie dodatnie, zarówno z surowicą czynną, jak unieczynnioną.

Druga możliwość: Swoisty dodatni odczyn Wassermanna u luetyka może pod wpływem płonicy stać się przemijająco ujemnym. Przykład: Stefanja K. lat 5. Rozp. kliniczne: *Scarlatina, Otitis media ambil. Rheumatismus articul., Nephritis haemorrh. Lues hereditaria.* Odczyn Wassermanna, wykonany z surowicą krwi 6-ego i 15-ego dnia choroby dał wyniki zgodnie ujemne i to zarówno z surowicą czynną, jak unieczynnioną, przy ujemnym odczynie zmętnienia Meinickego. Ujemny odczyn przechodzi w wybitnie dodatni 24-ego dnia i pozostaje dodatnim przy badaniach następnych: 31-ego, 35-ego i 46-ego dnia choroby. W tych dniach odczyn zmętnienia Meinickego jest również wyraźnie dodatni. Podobną chwiejność globulin stwierdzamy również, choć nieco później, u następnego luetyka, Anny S. lat 4. Rozp. kliniczne: *Scarlatina, Lues hereditaria.* Ujemne wyniki otrzymujemy u niej 10-ego, 24-ego i 26 dnia choroby, dodatnie już 30-ego, i później na 40, 45, i 48 dzień choroby. Odczyn zmętnienia Meinickego odpowiada również odczynowi Wasermanna z surowicą unieczynnioną. Wyniki naszych badań potwierdzają spostrzeżenia Sylvestriego. Widzimy zatem, że przy płonicy nie tylko nie spotykammy się z nieswoistymi dodatnimi wynikami przy użyciu surowicy unieczynnionej, ale co więcej, dodatni odczyn luetyka przejść może w przebiegu płonicy przemijająco w odczyn ujemny. Spostrzeżenia te, poza teoertycznem zainteresowaniem, posiadać mogą znaczenie praktyczne.

Streszczenie.

1) Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną wykonano 700 razy u 150 chorych i ozdrowieńców po płonicy. Równocześnie wykonano dla kontroli odczyn Sachsa-Georgi'ego względnie odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.).

2) Przy odczynie Wassermanna z surowica czynną ot.zymaliśmy w 14% przypadków nieswoiste dodatnie wyniki i to zarówno w pierwszych dniach choroby, jak też w późniejszym okresie zdrowienia.

3) Przy odczynie Wassermanna z surowicą unieczynnioną nie otrzymano nieswoistych zahamowań.

4) Odczyn Wassermanna z surowicą unieczynnioną wskazuje u luetyków w przebiegu płonicy na znaczną chwiejność globulin: albo pozostaje dodatnim przez cały okres choroby i zdrowienia, albo też może stać się przemijająco ujemnym, by po pewnym czasie przejść znowu w dodatni.

5) Odczyn zmętnienia Meinickego zachowuje się w płonicy podobnie jak odczyn Wassermanna z surowicą unieczynnioną. Nieswoistych wyników dodatnich nie spotykano.

Piśmiennictwo:

Zebrane dokładnie w Bruck: Serodiagnose der Syphilis. Poza tem: Biernacki: P. G. L. 1924. Nr. 25 — Hirschfeld: Med. doświad. i społ. Tom II. Zeszyt 1. II. 1924. — Karwacki i Krakowska: Lekarz wojskowy 1922 T. III. — Lenartowicz: P. G. L. 1922. Nr. 48, 49. — Lipiński W.: P. G. L. 1925. Nr. 23. — Lipiński W.: Med. dośw. i społ. 1924. T. III. Z. 3—4. — Lipiński W.: P. G. L. 1925 Nr. 40. — Lipiński-Skulska: Med. dośw. i społ. 1925 T. V. Z. 5—6. — Lipiński-Keller: P. G. L. 1925 Nr. 50. — Tenże: Wiener Med. Wochenschr. 1926. Nr. 18. — S. Muttermilch: Presse medicale 1924. Nr. 65. — N. Rubinstein: Presse medicale 1924 Nr. 95. — A. Straszyński: Med. dośw. i społ. Tom III. Zeszyt 3—4. — F. Venulet: P. G. L. 1924. Nr. 20.

Z PRAKTYKI.

Roman LESZCZYŃSKI. Lwów.

Opoterapja łuszczycy przy pomocy diatermji.

Z Oddziału Skórnego Kobiecego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. (Prymarjusz: Dr. R. Leszczyński).

Jest rzeczą charakterystyczną dla dzisiejszego stanu dermatologji, że nie zdołaliśmy definitywnie wyjaśnić etjologji i patogenezy łuszczycy, jednej z najczęstszych, codziennych chorób skórnych.

W niepamięć poszła teorja neurogenna, nie znajduje już zwolenników teorja zakaźności, zaś dawny pogląd Bazina o skazie moczanowej otrzymał nowy przyodziewek.

Samberger wystąpił z nauką o skazie parakeratotycznej.

Inni autorowie zajęli się badaniami biochemizmu łuszczycy. Schamberg i jego szkoła, podobnie jak i autorowie francuscy zwracali uwagę na zaburzenia w przemianie azotowej, Pick na hyperglikemję, Bernhardt, Ameisenówna i Lenartowicz na zaburzenia zawartości cholesteryny we krwi łuszczycowych.

Jako rzeczywisty krok naprzód możemy uważać zaliczenie łuszczycy do endokrinidów. Wprawdzie już dawniej łączono łuszczycę z zaburzeniami czynnościowemi tarczycy, jednak właściwie kierunek ten bierze początek od publikacji Brocka. Autor ten ogłosił w r. 1920 swoje spostrzeżenia nad naświetlaniem grasicy łuszczycowych drażniącemi dawkami Roentgena. Miał on do 66% wyleczeń lub wydatnej poprawy.

Z poparciem Brockowi przyszedł Samberger, który otrzymał (prawie równocześnie) ustępowanie łuszczycy, wstrzykując podskórnie lub podając doustnie wyciągi grasicy.

Prace Brocka i Sambergera wywołały łatwo zrozumiałe zainteresowanie i powódź publikacyj. Zdania autorów były podzielone. Gdy jedni mieli 50% i więcej dodatnich wyników, inni odmawiali tej metodzie wszelkiej wartości. Przeważało zdanie, że a) przecież w wielu przypadkach jest niewątpliwy wpływ opoterapji grasicowej na łuszczycę, b) że łuszczyca nie jest *endokrinidem* jednogruczołowym, lecz wynikiem schorzenia wielogruczołowego. W tym duchu wypowiadają się, opierając się na rozległych badaniach Bernhardt, Spillmann i Winstel, Levy Fraenckel i Juster i inni.

Pojęcie łuszczycy jako endokrinidu pociągnęło mnie natychmiast i wnet rozpocząłem doświadczenia. Wyniki jakie widziałem po naświetlaniu grasicy lub po podawaniu wyciągu doustnie były zgodne ze spostrzeżeniami większości autorów. Nabrałem przekonania, że niewątpliwie przez opoterapję grasicową możemy spowodować ustępowanie łuszczycy, że przeto niewątpliwie istnieje jakiś związek między łuszczycą a tym gruczołem. Doświadczenia i spostrzeżenia ówczesne doprowadziły mnie do pewnych wniosków co do patogenezy łuszczycy, które przedstawiłem w r. 1923 w Przeglądzie Dermatologicznym (Nr. 4). Pozwolę sobie przytoczyć najistotniejsze z pośród nich.

„Powstawanie łuszczycy można sobie wyobrazić następująco: Niektórzy członkowie niektórych rodzin przynoszą ze sobą na świat *sui generis* zaburzenie rozwojowe. Ich głowowo-szyjny układ gruczołów dokrewnych, bądźto w całości, bądź też częściowo jest mniej wartościowym. W szczególności dotyczy to najprawdopodobniej tarczycy, oraz być może części gruczołowej przysadki mózgowej. W pierwszych latach grasica pokrywa deficyt powyższych gruczołów. W czasie, gdy grasica zaczyna ulegać inwolucji, a równocześnie ustrój bujniej żyć zaczyna (dojrzewanie płciowe), wtedy wspomniane gruczoły nie są w stanie podołać wzmagającym się wymogom, stąd pojawienie się zwyczajnie łuszczycy w wieku pokwitania.

W innych razach ustrój w dalszym ciągu jako tako pokrywa deficyt (przerost przysadki, persystentia grasicy), i dopiero przypadkowe przyczyny (zakażenia, zatrucia i t. d.) podważające równowagę, wydobywają na jaw utajoną niedomogę, wywołują wybuch łuszczycy.

Stimulantia niedomagających gruczołów, podrażnienie gruczołów zastępczych (met. Brocka) lub wręcz doprowadzenie obcych hormonów mogą niekiedy przywrócić równowagę, usunąć łuszczycę".

Doświadczenia lat następnych utwierdziły mnie w wyrażonych poglądach. Posługiwałem się najwięcej podawaniem doustnie *Extr. Thymi* i zauważyłem, że działanie wyciągu na łuszczycę przejawia się dość późno. Nigdy nie widziałem skutku przed upływem 2 miesięcy, zwyczajnie potrzeba było 4—5 miesięcy, aby uzyskać pełny wynik. Miałem jednak przypadki, gdzie tą drogą do celu dojść nie mogłem.

Naświetlanie grasicy Roentgenem jest niewątpliwie najprostszą i najdogodniejszą drogą. Jednak wyniki, jak wiadomo są nader zmienne a wedle moich spostrzeżeń zmienniejsze i mniej pewne niż przy opoterapji doustnej. Przyczyna leży w tem, że trudno uchwycić dawkę indywidualną drażniącą, promieni. Możemy łatwo ustalić ilość energji aktinicznej, którą chcemy zastosować, natomiast jest w obecnej chwili wręcz niemożebnem oznaczyć osobniczą wrażliwość grasicy. Co dla jednej będzie dawką właściwą, dla drugiej będzie zbyt wysoką lub zbyt niską. W tem leży jak się zdaje, jedna z głównych przyczyn niepowodzeń po naświetlaniu Roentgenem grasicy. Naturalnie możebne są i inne przyczyny, n. p. w przypadkach, gdy a priori nie może wystarczyć *stimulatio* samej grasicy, gdy zachodzi potrzeba pobudzenia i innych gruczołów.

Zasadniczo pobudzanie grasicy wydawało mi się postępowaniem bardziej racjonalnem, niż podawanie wyciągów. Po pierwsze nie wiemy o ile substancje zawarte w wyciągach odpowiadają rodzimym hormonom, powtóre nie wiemy jakim losom ulegają one w przewodzie pokarmowym lub po wstrzyknięciu pod skórę.

Natomiast drażniąc gruczoł dokrewny *in situ* mamy szanse podwyższenia produkcji i rzucenia w obieg wszystkich hormonów, t. j. takich, które znamy i takich, których nie znamy, dalej dostarczenia ich ustrojowi w stanie rodzimym.

Ponieważ dawkowanie energji promiennej okazało się zbyt trudnem w tych razach, oglądnąłem się za innem źródłem energji podniecającej funkcje gruczołu. Znalazłem je w diatermji. Gorąco wytwarzane w tkance przegrzewanej, sprowadza znakomite podniesienie funkcji narządu. Wywołuje przekrwienie czynne i działa wprost pobudzająco na komórki gruczołowe. Wspomnę, że postępowanie takie stosowano względem jajników i tarczycy.

Doświadczenia moje zacząłem około 6 miesięcy wstecz. A chociaż ilość przypadków jest niezbyt wielką to jednak wyniki są tak zachęcające, że pozwalam sobie je przedłożyć. Najpierw słów kilka o technice. Pracowałem aparatem firmy Koch i Stoerzel o 4 iskiernikach. Elektrody układałem tak, aby ile możności wyłączyć tarczycę i gruczoły przytarczyczne z obrębu prądu. Czynną elektrodę wielkości około $5^1/_2$x$12^1/_2$ cm kładłem na mostku podłużnie, poniżej *incisura jugularis*. Obojętną wielkości około $10^1/_2$x$20^1/_2$ cm. między łopatkami na kręgosłupie również podłużnie. W ten sposób leżały one do siebie równoległe i prawie ponad sobą, o tyle skośnie, o ile grzbietna elektrodą była w dół usunięta. Przy takiem ułożeniu mogliśmy przyjąć, że w każdym razie główny prąd nie spotykał na swej drodze tarczycy. Możliwem natomiast jest, że pewna ilość rozrzedzonych irradjacyj docierała do dolnego odcinka tarczycy.

Zaczynaliśmy od 700—800 Miliamp. a dochodziliśmy najwyżej do 1200 Miliamp. Czas nagrzewania z początku 10 min. potem 15—20. Nagrzewania codzienne. Naturalnie kontrolowaliśmy codziennie czy niema objawów podrażnienia tarczycy. Kontrola polegała na liczeniu tętna przed i po nagrzewaniu i porównywaniu go z wczorajszem. W razie stwierdzenia *tachycardii* przerywaliśmy nagrzewania, aż do przejścia podrażnienia i modyfikowaliśmy dawkę.

Pozwolę sobie przedstawić w skróceniu historje chorób.

1. Tońcia J. lat 16. *Psoriasis vulg. fere universalis.* Choroba trwa od roku. Kończyny górne i dolne, skóra owłosiona głowy w całości zajęte. Na tułowiu pigmentacje, rozlane nacieki ustępujące, nieliczne świeże ogniska. Nagrzewania rozpoczęto 22. X. 1925.

19. I. 1926. po 62 nagrzewaniach chora okazuje pigmentacje na skórze w miejscach poprzednio zajętych, najwyraźniej jeszcze na kończynach dolnych. Na podudziach resztki łusek. Chora zostaje wypisaną. Do domu dostaje zapobiegawczo *Thymosan* i *tra jodi.* W czasie nagrzewań nie stosowano leczenia miejscowego. Raz na tydzień dostawała chora natłuszczenie i kąpiel. Zjawiła się w początku kwietnia z nieznacznym nawrotem w postaci *psoriasis guttata* łokci i przedramion.

2. Dora B. lat 19. *Psoriaris vulg. diffusa.* Od roku większe i mniejsze placki łuszczycowe na głowie, twarzy, uszach, szyi, tułowiu i b. obfite na kończynach. Początek nagrzewań 30. XII. 1925.

16. IV. 1926. po 89 nagrzewaniach znikły wszystkie nacieki, prawie bez pozostawienia pigmentacji. Widać tylko na kończynach pojedyncze blade, nie obficie łuszczące się guzeczki. Dla wykoń-

czenia chora dostała maść Wilkinsona, zapobiegawczo *Thymosan* i *tra jodi.*

3. Paulina O. lat 18. *Psoriaris vulg. disseminata.* Łuszczyca od 3 miesięcy, dotychczas nie leczona. Placki do wielkości dłoni obficie po tułowiu i kończynach rozrzucone, między nimi gęsta podostra. *Ps. punctata* i *guttata.* Początek nagrzewań 18. I. 1926. 16. IV. 1926. po 78 nagrzewaniach wszystkie objawy ustąpiły prawie bez pigmentacji. Widać pojedyncze, blade, ustępujące guzki na kończynach, które pozostawiono do miejscowego leczenia. Zapobiegawczo zapisano chorej *Extr. Thymi* i *tra jodi.*

4. Hagar S. lat 32. *Psoriasis vulg. universalis.* Cierpi na łuszczycę od 14 lat, leczona maściami, stąd podrażnienie (eczema) całej skóry i erupcja uogólnionej łuszczycy. 19. XI. 1925 początek nagrzewań.

8. II. 1926. po 56 nagrzewaniach chora odjeżdża na żądanie własne zadowolona z wyniku. Ogniska na kończynach cofnęły się zupełnie. Na tułowiu widoczne pigmentacje i resztki brunatnoczerwonych nacieków. Otrzymuje do domu dla wykończenia i utrwalenia wyników *Extr. Thymi* i *tra. jodi.* Dotychczas nie zgłosiła się z nawrotem.

5. Anna E. lat 16. *Psoriasis vulg. diffusa.* Od 6 lat rozległa łuszczyca o typie *guttata et nummularis*, bardzo obfita na kończynach, mniej nieco na tułowiu. Początek nagrzewań 4. I. 1926.

11. III. 1926 po 35 nagrzewaniach zmiany zupełnie ustąpiły. Pozostały nieznaczne pigmentacje. Do domu dostaje zapobiegawczo *Extr. Thymi.* i *tra. jodi.* Z nawrotem dotychczas się nie zgłosiła.

6. Marja G. 17 lat. *Psoriasis vulg. guttata et nummularis*, trwająca od 6 roku życia, niezwykle uporczywa, na wszelkie leczenia trudno reagująca. W czasie od 16. XII. 1925 do 3. II. 1926 usunięto łuszczycę przy pomocy eugallolu. Pod koniec leczenia zaczęły się już pokazywać świeże wykwity. Wobec tego rozpoczęto 22. II. 1926 nagrzewania grasicy. Do 5. VI. 1926 chora dostała 98 nagrzewań. Uzyskano tyle, że nowe wykwity przestały się pojawiać, istniejące zbladły, jednak inwolucja nie następowała. Nagrzewania przerwano z powodu objawów podrażnienia gruczołu tarczykowego. Zarazem stwierdzono, że miesiaczka, która miała się pojawić około 22. V. została zatrzymaną. Rozpoczęto leczenie miejscowe eugallolem.

7. Katarzyna K. lat 32. *Proriasis universalis in erythrodermiam tendens.* Cierpienie od 3 lat. Łuszczyca tak rozległa, że nie można odszukać ani jednego miejsca skóry wolnego od niej. Początek nagrzewań 22. III. 1926. Dnia 2. VI. po 69 nagrzewaniach sprawa ustąpiła prawie w zupełności. Resztki nacieków widoczne na przedramionach, rękach, podudziach i stopach. Chora na żądanie własne opuszcza szpital, zadowolona z wyniku.

U tej chorej wystąpiły również zaburzenia w miesiączkowaniu pod wpływem grasicy. A mianowicie 5. II. *menses* prawidłowe, w marcu nie było zupełnej, 5. IV. pojawiły się bardzo skąpe, w maju znów zupełnie miesiączki nie było.

8. Rózia I. lat 19. *Psoriasis guttata et nummularis trunci et extreminatum et capitis.* trwająca od 5 lat. Początek nagrzewań 10 IV. 1926.

Dnia 21. V. po 38 nagrzewaniach sprawa ustąpiła z pozostawieniem brunatnych pigmentacyj z tułowia i kończyn górnych w zupełności. Na podudziach resztki nacieków w okresie inwolucji. Wypisana z poleceniem stosowania maści Wilkinsona na podudzia. Nagrzewania przerwano z powodu przyspieszenia tętna, zaznaczającego się wytrzeszczu i wydatnej *hyperidrosis manus utr.*, na którą chora zwróciła uwagę. U tej chorej również wiidzieliśmy brak *menses* w czasie nagrzewań grasicy.

Widzimy więc, że we wszystkich przypadkach, prócz szóstego, otrzymaliśmy wyborny efekt leczniczy po nagrzewaniu grasicy. Dobieraliśmy przypadki szczególnie ciężkie, łuszczycy ogólnej lub prawie ogólnej. Dlatego i czas leczenia był stosunkowo długi, wogóle jednak nie dłuższy, niż gdybyśmy byli leczyli dawnemi sposobami. Porobiliśmy przytem następujące spostrzeżenia i doszliśmy do następujących wniosków.

1. Przez nagrzewanie grasicy można uzyskać ustepowanie łuszczycy.

2. Pobudzanie grasicy ciepłem daje się lepiej dawkować i jest metodą pewniejszą niż naświetlanie grasicy Roentgenem.

3. Jest wprawdzie metodą dłuższą i kosztowniejszą niż stosowanie Roentgena natomiast jest o wiele dogodniejszą i ekonomiczniejszą niż leczenie maściami.

4. W porównaniu z podawaniem wyciągów ma nagrzewanie tę zaletę, że pobudza produkcję hormonów w ich stanie rodzimym i jest w swem działaniu pewniejszem.

5. Czas potrzebny do usunięcia objawów łuszczycy diatermią zależy od okresu w jakim się ta łuszczyca znajduje. Jeśli osutka znajduje się w okresie wysypywania się, potrzeba około 8—12 tygodni. Widzieliśmy, że mniej więcej po 4 tygodniach ustaje w takich razach progresja, a w dalszych odbywa się ustępowanie wykwitów. Jeśli natomiast rozpoczynamy nagrzewania w okresie inwolucji łuszczycy, w takim razie wydatne przyśpieszenie ustępowania łuszczycy można zaobserwować już w drugim tygodniu, a zupełne ustąpienie w 5—6 (n. p. w przyp. 5.).

6. Oporne na nagrzewania grasicy są duże stare kilkoletnie placki, które dobrze jest równocześnie miejscowo Roentgenem naświetlić. Natomiast szczególniej nadają się do tego sposobu leczenia *psoriasis universalis*, oraz gęste osutki drobnoguzkowe.

7. Pobudzenie grasicy termicznie nie zapobiega nawrotom. Dlatego po ukończeniu leczenia podawaliśmy zapobiegawczo naszym chorym jako ciąg dalszy *extr. glyc. thymi* i jod w małych dawkach.

8. Ustępowanie łuszczycy po nagrzewaniach grasicy wskazuje, że łuszczyca jest endokrinidem, że istnieje związek między erupcją na skórze, a zaburzeniami w gruczołach dokrewnych. Nie sądzę, aby przyczyna łuszczycy leżała w niedomodze grasicy. Myślę raczej, że przez podrażnienie grasicy i rzucenie w obieg krwi zwiększonej ilości hormonów grasicowych oddziaływamy pośrednio na inne gruczoły dokrewne, będące właściwą przyczyną powstawania łuszczycy.

9. W trzech przypadkach spostrzegaliśmy oddziaływanie podrażnionej grasicy na funkcje gruczołów płciowych, objawiające się powstrzymaniem miesiączki. (przyp. 6, 7, 8.). Podobne zjawisko widzieliśmy w roku zeszłym u jednej chorej, która dłuższy czas zażywała wyciąg z grasicy. Także u mężczyzny 45 letniego widziałem osłabienie popędu płciowego, aż do impotencji, po przyjmowaniu *extr. gl. thymi.* Po zaprzestaniu przyjmowania wróciły funkcje płciowe po pewnym czasie zupełnie do normy. Spostrzeżenia te wskazują, na znany zresztą, ścisły związek antagonistyczny między grasicą, a gruczołami płciowemi. Zjawisko to zgadza się też z ostatniemi doświadczeniami Romeisa, jakie porobił u młodych szczurów karmionych grasicą.

10. Na podstawie powyższych danych mogę zalecić nagrzewania grasicy jako nową metodę leczenia łuszczycy, dającą duży odsetek wyleczeń, przytem dogodniejszą i ekonomiczniejszą niż dawne zewnętrzne, z któremi zresztą można ją dowolnie kombinować.

Piśmiennictwo:

Samberger: Acta dermato-ven. 1921. T. II. Z. 3. Ceska Derm. 1921. Nr. 6. — Bernhardt: Przegląd derm. 1924. Nr. 2. Ann. Derm. et Syph. 1926 Nr. 1. — Bernhardt i Zalewski: Przegl. derm. 1925. Nr. 2. — Ameisenówna i Lenartowicz: Przegl. derm. 1924. Nr. 1. — Brock: Strahlentherapie, 1920, T. XI. p. 397. — Spillman i Winstel: Bull. de la soc. fr. de Derm. 1925, p. 47. RN. — Levy Fraenckel i Juster: Bull. soc. fr. Derm. 1923 p. 383. — Leszczyński :Przegląd derm. 1923, Nr. 4. (piśmiennictwo).

Dr. S. MANZON. Brześć n. B.

Przypadek „*Orgasmus sine ejaculatione*".

W dziele p. t. „Die Impotenz des Mannes (wydanie z r. 1920) w rozdziale — „Die Stöhrungen des Orgasmus beim Manne", — profesor Steckel uwzględnia, siedem typowych odmian wygórowanej lubieżności *(orgasmus)* u mężczyzny.

Charakterystyczna cechą pierwszej, drugiej i trzeciej odmiany jest to, że mniejszej lub większej siły lubieżności towarzyszy, względnie poprzedza go uczucie bolu, uczucie naogół nieprzyjemne, pomimo to wytrysk nasienia następuje. (Objaw nierzadki szczególniej u hypochondryków).

Czwartą odmianę stanowi „*ejaculatio sine orgasmo*". — Wyciek nasienia słaby, mięsień opuszkowo-jamisty, mówi Steckel, skurczy się słabo i nie wywołuje podrażnienia ośrodka libidogennego w korze mózgowej. Pozner w podobnych przypadkach, które nazywa brakiem nasienia (aspermatismus), upatruje przyczynę w silnem skurczeniu się przewodu wytryskowego, a kryterjum — w tem, że po ustaniu naprężenia nasienie powoli wycieka z członka.

Piątą odmianą będzie słaby popęd po dość stosunkowo długiem spółkowaniu („bis zu einer Stunde lang"). O mężczyznach tego rodzaju Steckel mówi, że są to potenci wobec kobiety, a impotenci wobec siebie samych.

O szóstej odmianie „*orgasmus sine ejaculatione*" pomówimy szerzej w następstwie.

Siódma odmiana to brak zarówno „popędu", jak i „wytrysku" przy bardzo długo nawet trwającem spółkowaniu.

Przypadek szóstej odmiany t. j. „*orgasmus sine ejaculatione*", o którym Steckel mówi, — że rzadko, lecz dwa razy go spostrzegał, stwierdziłem osobiście. Już Marcuse w D. M. W. Nr. 35 z r. 1923 w artykule p. t. „*Orgasmus sine ejaculatione*" zaznacza, że, podczas, gdy fakt oddzielenia mechanizmu wzwodu (erectio) od mechanizmu wytrysku *(ejaculatio)*, znalazł w literaturze swoje oświetlenie, to wyjąwszy dwa przypadki Steckla i jeden przypadek Lö-

wenfelda brak wszelkich danych w kwestji oddzielenia mechanizmu *„orgasmus“* od mechanizmu *„ejaculatio“*.

(Co do przypadku Löwenfelda prawdopodobnie mowa o opisanym przez niego w dziele: „Ueber die Sexuelle Konstitution und andere Sexualprobleme“ (str. 141) przypadku z doktorem medycyny X, który w życiu tylko dwa razy podczas stosunku miał słaby wytrysk nasienia, przeciętnie stosunek kończył się bez wytrysku, „przy wyraźnem naprężeniu członka i stosunkowo silnem pobudzeniu“. Analizując ten przypadek, mówi Löwenfeld, że w stosunku nozologicznym ma się do czynienia z „aspermatyzmem“, chociaż braku w wytwarzaniu nasienia niema, gdyż i podczas „zmazy“, względnie samogwałtu wytrysk następuje).

W przypadku moim trzydziestotrzyletni urzędnik, zbudowany prawidłowo, nie obciążony dziedzicznością, o normalnych organach płciowych, zaprzeczający wszelkich chorób wenerycznych, skarżył się na brak wytrysku, podczas stosunku, stwierdzając *„orgasmus“*. O braku wytrysku nie wiedział zupełnie. Na brak ten zwróciła uwagę żona, nawiasem mówiąc wdowa, pragnąca dzieci. Co się tyczy jego życia płciowego, to od ósmego roku życia uprawiał samogwałt, (leżąc na brzuchu wykonywał ruchy celem tarcia się o miękką pierzynę). Jak często wykonywał te czynności nie pamięta. W dziesiątym roku życia przyłapany na „samogwałcie“ i uświadomiony poniechał go aż do roku piętnastego. Po mniej więcej pięcioletniej przerwie pewnego razu po bezsennej nocy zaczął się masturbować, a po dokonaniu aktu zauważył „jakiś płyn“ (prawdopodobnie nasienie). Od tego momentu popełniał samogwałt raz na 3—4 miesiące: zawsze następował wytrysk; sny (pollucje) miewał jeszcze rzadziej, ale wytrysk nasienia w czasie „pollucji“ był, gdyż budził się niebawem. Przed zawarciem małżeństwa miał stosunek z kobietą raz jeden, jednak wprowadzenie prącia nie udało się. Obecnie miewa stosunek raz na 3—4 tygodnie: *„orgasmus“* średniej siły, brak wytrysku, naprężenie normalne. Badanie nasienia zdobytego w czasie samogwałtu z kondonem dało wynik następujący: ilość mniej więcej 4 cm, barwa szarawa, odczyn alkaliczny, spermatozoidy 3—4 w polu widzenia ruchome, leukocyty od 2—5 w p. w., ciałek amiloidowych gruczołu krokowego 7—8 w p. w., nieco komórek płaskich nabłonkowych, sporo ziarnek lecytyny, dużo śluzu.

W opisanych przez Fürbringera przypadkach psychicznego aspermatyzmu D. M. W. Nr. 18 r. 1922 brak zarówno wytrysku jak i *„orgasmus“*, a w przypadkach t. zw. *Insolutionsaspermatismus*, zacytowanych również przez niego w D. M. W. Nr. 51 r. 1920, w których *„praesente orgasmo abest ejaculatio“*, (jak określa sam autor), mamy do czynienia z *„orgasmus sine ejaculatione manifesta“*. Ten objaw zdarza się tylko u starców (mój chory ma 33 lata), u których wytrysk następuje, ale wydzielina jest w stanie wypełnić tylko tylną część cewki moczowej, nazewnątrz zaś może nie wyjść. Ten rodzaj niemocy starczej etjologicznie i genetycznie nic nie ma wspólnego z przypadkami Marensego i z przypadkiem moim .

Nadmieniam jednocześnie, że *„aspermatismus acutus“* u zdrowych młodych mężczyzn, po ekscesach in Venero et Baccho, kiedy to nasienie nazewnątrz się nie wydziela, a kiedy właśnie następuje wytrysk również nic wspólnego nie ma z omawianem przeze mnie zakłóceniem *„orgasmus“*.

W cytowanym przeze mnie artykule Marcuse wyraźnie mówi, że *„orgasmus sine ejaculatione“* może istnieć zarówno podczas spółkowania, jak i samogwałtu, względnie zmazy *(inter congressum in masturbatione in somno)*, utrzymuje on jednak, że nigdy nie spostrzegał tej formy zakłócenia *„orgasmus“* przy wszelakich objawach płciowego życia człowieka, ani też w kombinacji we śnie i na jawie.

Z powyższem twierdzeniem Marcusego nie stoi w sprzeczności mój przypadek u mojego chorego, podczas zmazy następuje wytrysk.

Hipoteza Rohledera, że gdy niema wytrysku, niema i pobudzenia, jak również i jego twierdzenie, że wytrysku nie może poprzedzać *„orgasmus“* upada wobec przypadków *„orgasmus sine ejaculatione inter congressum“*. Fakt, że dzieci, u których nie może jeszcze następować wytrysk masturbują się i mają popęd, zdawałoby się również przeczy, Rohlederowi. Marcuse nie uważa tego faktu za dowód, ponieważ u dzieci niema jeszcze rozgraniczenia między ośrodkiem moczowym i płciowym.

Nie zapominajmy, że i Rohleder uznaje u dorosłych możliwość *„orgasmus sine ejaculatione“* podczas samogwałtu, mówi o tem i Löwenfeld: *„masturbatio incompleta cum orgasmo praecipitato invololuntario sine ejaculatione“*; również opisano niemało przypadków *„orgasmus sine ejaculatione“ podczas zmazy*. Tu odnieść trzeba i zmazę przerwaną, (Naecke) i sen lubieżny bez zmazy (Ferenczi), co według tych autorów jest świadomem wstrzymywaniem wytrysku.

Krańcowem bezwarunkowo wydaje się porównywanie *„orgasmus“ z odruchem* (prof. Bucura) zarówno i twierdzenie, że dla wywołania *„orgasmus“* zupełnie nie są potrzebne narządy płciowe (możliwość powstania *„orgasmus“* wskutek swędzenia przy *pruritus i lichen ruber planus* opisał Naecke); mojem zdaniem hipoteza Marcusego jest najprawdopodobniejsza, mianowicie, że *„orgasmus“* jest aktem pochodzenia ośrodkowego, narządy płciowe nie są konieczne do wywołania go.

Przypadki *„orgasmus sine ejaculatione“* obalają twierdzenia tych autorów, (Krait-Ebing) którzy powstawanie *„orgasmus“* widzą w podrażnieniu nasieniem w czasie gdy przechodzi od pęcherzyków nasiennych do cewki rozmaitego rodzaju nerwów uczuciowych, zdolnych do spowodowania uczucia rozkoszy i zadowolenia. Mylnem wydaje się twierdzenie Effertza, według którego naprężenie mięśni gładkich, służących do wytrysku wyczuwa się jako *„orgasmus“*.

To samo można powiedzieć i o Orłowskim, który utrzymuje, że przechodzenie przez wąski przewód wytryskowy zawartości, pęcherza nasiennego oraz wydzieliny gruczołu krokowego do części tylnej wywołuje *„orgasmus“*. W każdym razie określenie orgazmu jako łechtania przy przejściu nasienia nie wytrzymuje krytyki. (Rohleder: „Die libidinosen Sexualeinflüsse und der Orgasmus).

„Das männliche Befriedigungsgefühl ensteht durch die Ejakulation“ — pisze Moll. Daleko prawdopodobniejszym wydaje się mniemanie Löwenfelda, który w dziele p. t. „Ueber die Sexuelle Kostitution und andere Sexualprobleme“ — pisze: „Moje spostrzeżenia zmuszają mnie do przypuszczenia, że *orgasmus* powstaje wskutek podrażnienia ośrodka nerwowego, znajdującego się w rdzeniu nieopodal ośrodka wytryskowego. Przechodzenie nasienia przez przewód wytryskowy, może wzmocnić *orgasmus,* ale nie jest ono do tego niezbędne“.

Totéż najprawdopodobniejszem jest zdanie Marcusego, że *„orgasmus i ejaculatio* nie są związane organicznie ze sobą, lecz czynnościowo w czasie aktu płciowego i dlatego przyczyną zakłócenia związku między *„orgasmus“* i *„ejaculatio“* bywają nie zmiany organiczne, lecz wpływy psychiczne“.

W ostatecznych swoich wnioskach Marcuse, również jak i Fürbringer skłonny jest dla wypadków *„ejaculatio deficiens inter congressum“* uważać większość przypadków *„orgasmus sine ejaculatione“* za skutki wstrzemięźliwości, wpływy nerwowe i psychiczne uważa za najprawdopodobniejsze, podkreślając aforyzm Fürbingera, że „Hypothesen sind billig“, jakoteż poglądy psychoanalityków o dziecięcem czuciu płciowem.

Jeżeli określenie „siła męska“ oznacza nie tylko zdolność spółkowania, lecz i zdolność zapładniania, to mój chory jest płciowo niezdolny. W leczeniu tego chorego skorzystałem z zaleceń Fürbringera; — „nigdy nie odbierać choremu nadziei“.

Leki wzmacniające, przeciwnerwowe, pobudzające popęd płciowy, testogen, wstrzykiwanie Johimbiny.

Ponieważ chęć posiadaia potomstwa skierowała chorego do mnie, możnaby zastanowić się nad sztucznem zapłodnieniem *(inseminatio artificialis)*, bo wytrysk otrzymać można przy samogwałcie z kondonem. Osobiście poleciłem choremu wprowadzać prącie do pochwy przed zakończeniem aktu samogwałtu (rada Lissmana).

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Władysław MEDYŃSKI. Kraków.

O Schizofrenji dla lekarzy praktyków.

Z chorób umysłowych w życiu codziennem lekarz praktyk spotyka się najczęściej ze schizofrenją. Rozgraniczenie grupy schorzeń schizofrenicznych od pokrewnych psychoz nie jest dotąd dostatecznie ustalone, istnieje jeszcze szereg nieporozumień.

Jak wiadomo, punktem wyjścia do badań nad schizofrenją były spostrzeżenia Kahlbauma i Heckera.

Hecker w r. 1871 opisał cały szereg przypadków, w których w okresie dojrzewania płciowego, po wstępnym okresie depresji, następował okres podniecenia wraz z objawami dziwactw, zmierzający do otępienia.

Pojęcie hebephrenji uległo później przeobrażeniu, znacznie rozszerzyło się, szczególnie pod wpływem badań Kraepelina, który w r. 1893 wprowadził do psychjatrji dwa obrazy kliniczne: psychozy manjakalno-depresyjnej i *dementii praecox*. Cramer nazywa tę postać obłędem wieku młodzieńczego, Bleuler zaś w r. 1911 wprowadził do psychjatrji nazwę „Schizofrenia“ lub grupa schorzeń schizofrenicznych, znacznie rozszerzył to pojęcie przez wprowadzenie do niej psychoz alkoholowych i psychoz wieku starczego.

Ogólnie mówiąc, mamy do czynienia w schizofrenji z zaburzeniem psychicznem, z chorobą jaźni, która najczęściej rozwija się w okresie dojrzewania płciowego. Obraz tych zaburzeń odznacza się dużą odmiennością i barwnością, kończy się często obrazem o cechach otępienia. Szybko rozwijająca się postać psychozy jest może mniej ważną dla lekarza praktyka, gdyż wówczas już i otocze-

nie chorego zdaje sobie sprawę ze stanu chorego i kieruje go pod obserwację szpitalną. Natomiast o wiele ważniejsze są dwie inne postacie, jak postać katatoniczna, która cechuje się szeregiem zaburzeń ruchowych, jak negatywizmem, pozą katatoniczną, stereotypowością oraz apatją, przerywaną od czasu do czasu napadem gniewu i agresywnością. Tę postać często otoczenie chorego zapoznaje dłuższy czas biorąc chorego za leniwego, krnąbrego, nieposłusznego i t. d., zanim lekarz udowodni, że są to przejawy rozpoczynającej się psychozy. Niemniej ważną w praktyce jest druga postać mianowicie *dementia paranoides*, którą cechują urojenia prześladowcze i wielkościowe, podobne do paranoji, lecz nieusystematyzowane, do których przyłączają się później objawy otępienia. Zwrócić uwagę należałoby i na tę postać, która przebiega napadowo („Schüben") poza któremi chory jest zupełnie zdrów. Istnieją też postacie, w których elementy hebephreniczne, katatoniczne i paranoidalne łączą się. Nazwa *„dementii praecox"* nie odpowiada już dzisiejszej wiedzy naszej o tej chorobie, gdyż bardzo często cierpienie to występuje w późniejszym wieku, a więc już nie jest *„praecox"*, a dalej, bardzo często nie kończy się objawami otępienia, nie zasługuje więc na nazwę *„dementii"*.

We wczesnych okresach, często i późniejszych, chory ma dobrą wiedzę, sprawnie liczy, lecz odznacza się słabością sądu, sprzecznością w poglądach i zespołach wyobrażeniowych. Brak odczucia należytego sprzeczności stwierdza, że jedność osobowości uległa zaburzeniu, rozszczepieniu, skąd w powszechnem użyciu obecnie jest nazwa bleulerowska „Schizofrenia", ujmująca najbardziej charakterystyczne cechy danego schorzenia — rozszczepienie. A więc w jednostce istnieją niejako obok siebie dwa sprzeczne stany psychiczne. W tych czy innych granicach przyjmiemy zespoły schizofreniczne, w każdym razie stwierdza się, że świadomość w chorobie zwykle nie ulega zaburzeniu, spostrzeganie zmienia się, orjentacja jest dobra, choć chory często odpowiada bez związku, bezmyślnie, uwaga jest rozprószona, wybitnie występuje brak zainteresowania się swojem otoczeniem, natomiast dość sprawnie funkcjonuje pamięć i nieznacznie tylko naruszone są zdolności spostrzegania. Myślenie jest bez związku bez ładu i bezcelowe, często chory powtarza tesame słowa i zwroty, niekiedy same słowa są dość dziwaczne (neologizmy) zarówno jak zwroty mowy. Mechanizm procesu myślowego w schizofrenji pogłębił Bleuler, opierając się na badaniach Freuda. Dalej opracowali go Jaspers, Schilder, Storch i inni.

Szczególnie ciekawe są porównania sposobu myślenia schizofreników do sposobu myślenia ludzi pierwotnych z okresu prac logicznego (myślenie magiczne). Osłabienie zdolności sądzenia występuje w schizofrenji niekiedy już bardzo wcześnie szczególnie gdy istnieje brak podstaw kojarzeniowych wyobraźni z przeszłości, a więc gdy chory musi myśleć samodzielnie. Bezkrytycyzm chorego można stwierdzić w bardzo wczesnym okresie choroby, szczególnie gdy zanalizuje się stosunek chorego do siebie i do jego planów na przyszłość. Chory powoli zamyka się, traci kontakt z otoczeniem i z rzeczywistością. Bleuler nazywa ten stan autyzmem. Nasilenie autyzmu może być bardzo różne, od najsłabszego stopnia, gdy chory od czasu do czasu tylko zamyka się w sobie, by spełnić w urojonym świecie swoje życzenia, przez postać autyzmu, uznającą świat rzeczywisty i urojony, jako dwa światy równowartościowe, oraz gdy świat rzeczywisty staje się urojeniem, a urojony rzeczywistym, aż do zupełnego zamknięcia się w swoim świecie, — do pełnego autyzmu.

Urojenia chorych mają najróżnorodniejszą barwę, od hipochondrycznej i melancholijnej, aż do prześladowczej i wielkościowej. Jedną z typowych cech schizofrenji, na którą szczególnie lekarz praktyk winien zwrócić uwagę, jest słabość reakcji uczuciowej, ulegająca w końcu stępieniu (Kraepelin mówi o „stępieniu afektu"). Chorzy już bardzo wcześnie przestają interesować się najbliższem otoczeniem, obojętnieją na wszystkie przejawy życia, które ich przed chorobą bardzo żywo interesowały, szczególnie wybitna obojętność występuje w stosunku do rodziców i rodziny, śmierć w rodzinie pozostaje bez wrażenia, chory nie interesuje się dotąd ukochanym zawodem, zaniedbując nawet własne swe ciało. Z czasem apatja wzrasta, następuje zahamowanie, prowadzące często do zupełnego stuporu z objawami negatywizmu i wzmożonej sugestywności (*flexibitalis, cerea, echolalia, echopraxie,* automatyzm nakazowy). To znów nagle i niespodzianie występuje podniecenie ruchowe, dziwactwa, stereotypowość ruchów, zmanierowanie, pozy lub grymasy. Z czasem rozszczepienie staje się coraz wybitniejsze. Myślenie cechuje brak jednolitości i celowości, w łańcuchu kojarzeniowym występują przerwy, myślenie staje się dziwnem, niezrozumiałem i sprzecznem. Ten sam fakt chory podwójnie podbarwia uczuciowo: dodatnio i ujemnie. Jest to ambiwalencja uczuciowa, prowadząca do niezdecydowania, do wahania się. Chory chce i jednocześnie nie chce czego zrobić (ambitendencja), wskutek osłabienia aktywności psychicznej wzmaga się dyssocjacja, kojarzenie się procesów psychicznych staje się coraz słabsze, rozwija się obraz chorobowy, doskonale ujęty przez Strausky'ego jako „ataksja intrapsychiczna". Chory opowiada o rzeczach smutnych z miną wesołą, gniewa się i podnieca bez powodu lub co najwyżej z powodu bardzo błahego, często wypowiada urojenia prześladowcze, hipochondryczne lub wielkościowe, nie podbarwiając ich uczuciowo lub też bardzo słabo. W mowie jest blady, spięty, drewniany.

Dotąd nie rozporządzamy przedmiotowemi cechami, które ugruntowałyby rozpoznanie schizofrenji. Zaburzenie psychiczne nabiera znaczenia swego wówczas, gdy obłęd schizofreniczny rozwinął się zupełnie, gdy jest już rozpad osobowości, a więc w okresach końcowych. Stwierdzamy w schizofrenji dobitnie, że poszczególne czynności psychiczne są dość dobrze zachowane, natomiast w całokształcie życia psychicznego brak harmonji i syntezy. Sferze myślenia, uczucia i woli, jakby powiedział Kraepelin, brak jest kapelmistrza.

Co do etjologji schorzenia, to dotąd nie udało się jej wyjaśnić, istnieje jednak duże prawdopodobieństwo, że momenty dziedziczne odgrywają tu pierwszorzędną rolę i że cierpienie to rozwija się w związku z konstytucją o cechach hipoplastycznych. Z racji bardzo częstego występowania objawów schizofrenji w okresie dojrzewania płciowego, wiąże się objawy chorobowe z zaburzeniami w gruczołach dokrewnych, szczególnie, gdy badania Abderhaldena-Fausera wykazały w surowicy schizofreników rozpad białka gruczołów płciowych i tarczycy. Zaczęto traktować schizofrenję jako schorzenie wielogruczołowe, w przeświadczeniu, że objawy mózgowe są natury wtórnej, podobnie jak w matołectwie. Sprawa jednak ostatecznie nie została wyjaśniona i jakkolwiek istnieje bardzo wiele momentów w obrazie psychofizycznym choroby, które za zaburzeniem w gruczołach dokrewnych przemawiają, — zagadnienie jest jeszcze otwarte, czy pierwotnie ulega schorzeniu mózg (jądra podkorowe, płaty czołowe móżdżek) czy gruczoły, czy też sprawa chorobowa rozwija się jednocześnie w układzie nerwowym i w gruczołach dokrewnych. Wiele światła na schizofrenję rzuciła ostatnia epidemja śpiączki, jakkolwiek i tu istnieje cały szereg wątpliwości, albowiem podobieństwo stanów katatonicznych z parkinsonizmem jest czysto zewnętrzne. Ustalenie endogennego pochodzenia schizofrenji ma dlatego ogromną doniosłość, że czynnikom zewnętrznym można przypisać rolę tylko bardzo nieznaczną w ujawnianiu się choroby.

Witte stwierdził zmiany anatomiczne u schizofreników w gruczołach dokrewnych, szczególnie w płciowych oraz w nadnerczach, które są ubogie w lipoidy. Badania genealogiczne w schizofrenji idą również w kierunku ujęcia choroby pod kątem dziedziczno-degeneracyjnego schorzenia układu nerwowego ośrodkowego. Rozpatrywanie obrazu schizofrenji pod jednym kątem jest trudne, gdyż jest ona raczej grupą — chorobową. Ilustrują to dane histologiczne z badań nad korą mózgową, świadczące o tem, że schizofrenja jest istotnie chorobą, a nie zagęszczeniem charakteru.

Zmiany histopatologiczne nie zawsze są jednorodne, komórki zwojowe kory mózgowej okazują często tendencje do zwyrodnienia tłuszczowego i do sclerozy.

Badania konstytucyjne ustalają biologiczne powinowactwo schizofrenji z konstytucją asteniczną atletyczną i dysplastyczną (Kretschmer) w których wysuwają się na czoło obrazu liczne rysy hipoplastyczne. Z cech cielesnych stwierdza się u schizofreników rysy asteniczne, infantylne, zaburzenia źrenicowe (szerokie, nierówne, nieokrągłe) brak odruchu psychicznego. Odruchy ścięgniste, często bardzo żywe, zarówno jak i pobudliwość mechaniczna mięśni, dermografja wzmożona. Brak miesiączkowania często występuje już przed psychozą, niekiedy w chorobie; powraca miesiączkowanie wraz z końcem choroby lub poprawy. Sinice kończyn, ograniczone obrzęki, ślinotok, subnormalne ciepłoty, słaba akcja serca, brak łaknienia lub niechęć do jadła należy do objawów często spotykanych w schizofrenji. Bywa niekiedy i wilczy apetyt. Waga waha się w dużych granicach, często obserwuje się nawykowe zaparcie, lichy sen i znaczne wychudzenie.

Co do r o k o w a n i a można powiedzieć ogólnie, że w 60% kończy się otępieniem, w 30% lekkim defektem ze zdolnością do pracy, w 10% pozostałych przechodzi bez śladu. Zatem 40% schizofreników wraca do życia codziennego czynnego.

W praktyce codziennej rozpoznanie schizofrenji nie należy do zadań łatwych. Choroba może się rozpocząć ostrym wybuchem, silnem podnieceniem psycho-ruchowem, albo też spokojnem zamknięciem się w sobie, urojeniami i skargami na otoczenie. Chory podejrzewa, że go hipnotyzują, że pozbawiają go sił, że mu szkodzą na każdym kroku i że czynią go impotensem. Niekiedy choroba rozwija się bezpośrednio po chorobie zakaźnej (grypa, angina) lub po porodzie w połogu. Lekarz praktyk winien zwrócić specjalnie baczną uwagę na te postacie, które rozwijają się stopniowo lub na postacie utajone i poronne *(schizoid)*, a które przez czas dłuższy otoczenie traktuje nie jako chorych, lecz leniwych, złych, upartych i knąbrnych. Wśród prostytutek, włóczęgów i zbrodniarzy często spotyka się schizofreników. Często schizofrenja ukrywa się pod

postacią obrazu neurasteniczno-histerycznego z objawami fizycznemi, jak bólem i zawrotem głowy, wrażliwością, złym snem, niepokojem, aby później ujawnić się z całą bezwzględnością. W djagnostyce różniczkowej oprzeć się musimy na objawach psychicznych. Zwrócić uwagę należy szczególnie na objawy autyzmu, rozszczepienia i złudzenia, których niema w neurastenji. W paranoi urojenia są usystematyzowane, zazwyczaj rozwijają się w późniejszym wieku. Nawet w lżejszych postaciach schizofrenji (*paraphrenia*) występuje roztargnienie, niedostateczna motywacja urojeń oraz osłabienie uczuć. Różniczkowanie schizofrenji z psychozą manjakalno depresyjną może być ważne w praktyce codziennej. Omamy słuchowe, głosy, negatywizm przemawiają raczej za schizofrenją. Stany manjakalne w schizofrenji cechują nagłe wybuchy spokojnych dotąd chorych, złudzenia, neologizmy.

Schizofrenję często obserwujemy pod postacią objawów histerycznych, wówczas dłuższa obserwacja rozstrzygnąć może o rodzaju sprawy chorobowej. Zmienność uczuć i objawów krytycyzmu, sugestyjność i brak zaburzeń intelektualnych nabytych, przemawia za histerją. Rozpoznanie typowych schizofrenji jest łatwe, utajonych lub lekkich postaci trudne. Lekarz praktyk podejrzane przypadki winien bezwzględnie jaknajwcześniej skierować pod obserwację specjalistów, szczególnie odnosi się ta uwaga do chorych podnieconych i niejedzących, szczególnie zwrócić uwagę należy na chorych, znajdujących się w stuporze, którzy mogą nagle i niespodziewanie podniecić się i stać się niebezpiecznymi dla otoczenia, oraz dla siebie. Widziałem uszkodzenia cielesne, wykonane przez schizofreników, często bardzo ciężkie, jak odcięcie nosa, uszu, oraz genitaljów.

Chorym niespokojnym należy wstrzyknąć pod skórę morfinę ze skopolaminą i corychlej odesłać do szpitala.

Co do leczenia to przyznać się musimy, że jesteśmy jeszcze w stosunku do schizofrenji bezsilni, o przyczynowem leczeniu nie może być mowy. W r. 1922 Kläsi i Epifanio wprowadzili leczenie narkozą długotrwałą dla uspokojenia chorych i łatwiejszego wejścia z nimi w kontakt. W tym celu stosowano Somnifen, Luminalnatr. Weichbrodt widział niezłe wyniki po dożylnych injekcjach 10—20% *natr. salic.* po 2 gr. dziennie, Josephy stosował autohemoterapję. W ostatnich czasach zachęcające wyniki widywano po leczeniu gorączkowem, wymaga ono jednak dalszych badań kontrolnych. Nie ulega jednak kwestji, że widoki lecznicze mogą być tem lepsze, im chory znajdzie się we wcześniejszym okresie.

Wczesne zatem rozpoznanie schizofrenji jest sprawą pierwszorzędnej wagi i tu lekarz praktyk przez nastawienie się na objawy schizofreniczne może zwrócić uwagę rodzinie na rozpoczynającą się psychozę.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Doc. Dr. T. JANISZEWSKI. Kraków.

„Zamykanie szkół z powodu epidemji płonicy".

Rozporządzenie Ministerstwa WR. i OP. z dnia 25. VIII. br. Nr. O. Prez. 7424/26 wydane na wniosek Pana Ministra Spraw Wewnętrznych postanawia, że wobec szerzącej się epidemji płonicy rok szkolny 1926/27 w całem Państwie, we wszystkich szkołach ma się rozpocząć dopiero w d. 15. IX. 1926 t. j. z opóźnieniem dwutygodniowem. Rozporządzenie to weszło już niestety w życie i jego cofnięcie spowodowałoby jeszcze większy zamęt. Pomimo tego jednak należy się nad tem zastanowić ze stanowiska fachowego. Szkoła powinna nie tylko rozwijać i kształcić władze umysłowe, ale w jednakiej mierze dbać o fizyczne zdrowie młodzieży, dążyć do wychowania zdrowych moralnie i fizycznie obywateli Państwa. Jestem zdania, że pomiędzy temi dwoma zadaniami istnieć pwinna równowaga. Przewaga jednego lub drugiego kierunku świadczy o tem, że szkoła nie spełnia należycie swego zadania, że działalność jej nie jest bez zarzutu. W szkołach naszych daleko jeszcze do tej idealnej równowagi: wymogi higieniczne nie są nawet w małej części wypełnione. Nie mniej jednak i właśnie z powodu tych braków i zaniedbań higienicznych, należy ze strony lekarskiej wystrzegać się wszelkiej przesady lub działalności zbytecznej. Jak w lecznictwie zapisanie środka zbytecznego jest zawsze rzeczą szkodliwą, taksamo w higjenie wieku dziecięcego, w higjenie szkolnej każde zarządzenie przeszkadzające kształceniu umysłu, gdy nie jest konieczne — jest tem samem szkodliwe.

Płonica należy do groźnych chorób wieku dziecięcego, dlatego władze sanitarne mają obowiązek energicznego zwalczania tej choroby. Wykazałem w swoim czasie, że płonica pochłania w Małopolsce po gruźlicy najwięcej ofiar. W czasie od 1900 do 1910 r. zmarło w Małopolsce przeszło ćwierć miljona osób na gruźlicę, a przeszło 90.000 osób zmarło na płonicę, trzecie miejsce zajmuje błonica. Przytem płonica przed wojną występowała u nas częściej, niż na zachodzie, przynajmniej ilości śmierci wskutek płonicy był u nas znacznie większy niż zagranicą. Na 100.000 mieszkańców w okresie czasu 1901/05 było w Małopolsce 115,67 śmierci z powodu płonicy, w okresie zaś 1906—1910 — 122,09. Gdy średnia w b. Austrji wnosiła 45.5 i 46.8 a odpowiednie liczby dla Niemiec wynosiły: 22,4 i 16,1, dla Anglji i Walji: 12.5 i 8,5, dla Szwajcarji: 5,27 i 3,89.

W ostatnich czasach uderza znaczniejsze rozpowszechnianie się tej choroby w państwach zachodnich.

Porównywanie zagranicznych dat statystycznych w szczególności tyczących się zachorowań na choroby zakaźne z naszemi datami jest dosyć ryzykowne z powodu braków naszej statystyki, naszej niesumienności i braku zrozumienia potrzeby donoszenia władzom o każdym wypadku stwierdzonej lub podejrzanej choroby zakaźnej. Przytoczę przeto bez dalszych uwag następujące liczby: nasza statystyka wykazuje dla całego Państwa w 1924 roku — 18.030 zgłoszonych przypadków płonicy, a w 1925 r. — 25.210 przypadków, w Niemczech zgłoszono 32.798 (1924 r.) i 30.919 (1925 r.) przypadków, w Anglji (bez Szkocji) 84.654 (1924 r.) i 91.357 (1925 r.).

Co do sposobów zwalczania płonicy, to zauważyć należy, że nie mamy jeszcze własnego doświadczenia co do bezwzględnej wartości wstrzykiwań ochronnych Gabryczewskiego lub Dicków. Kraków przeprowadza je od szeregu lat i przeprowadził ich parę tysięcy, szczególniej liczne szczepienia (kilkadziesiąt tysięcy) przeprowadziła w ostatnich czasach Warszawa. Być może, że obecna epidemja płonicy, panująca w Warszawie i we Lwowie dostarczy nam więcej faktów, stwierdzających skuteczność tych szczepień. Być może także, że nowsze badania eksperymentalne nad epidemjami, przeprowadzone w ostatnich czasach na wielką skalę w Ameryce i Anglji dadzą nam lepszy wgląd w istotę epidemji, ale tak jak rzeczy stoją obecnie, to najskuteczniejszemi sposobami zwalczania epidemij płonicy są: wczesne rozpoznanie choroby, dokładne donoszenie o każdym stwierdzonym lub podejrzanym przypadku płonicy, wykrywanie przypadków tajonych lub poronnych postaci tej choroby, przedewszystkiem zaś natychmiastowe i ścisłe odosobnienie (izolacja) przypadków płonicy w szpitalu, w końcu dokładne odkażanie chorego, jego mieszkania i rzeczy. Izolowanie przypadków płonicy w domu uważam za iluzoryczne, za półśrodek.

Nie należy zapominać też o tem, że racjonalne zwalczanie epidemji nie rozpoczyna się dopiero z chwilą jej wybuchu. Trzeba stale i wytrwale pracować nad tępieniem epidemij i zapobiegać ich pojawianiu się, a to przez stosowanie tych wszelkich środków i sposobów, jakie nam daje do ręki nauka, a także przez podniesienie ogólnych warunków higienicznych i kultury sanitarnej w Państwie. Każda chwila stracona pod tym względem odbija się niekorzystnie przy wybuchu pierwszej większej epidemji. Wielkie epidemje, to ekspiacja za lata zaniedbań i błędów na polu higjeny. U nas niestety wtedy dopiero przypominamy sobie o istnieniu zagadnień zdrowia, gdy wybuchnie jakaś epidemja; wtedy pod wpływem strachu uchwala się i środki finansowe, tworzy się takie dziwolągi administracyjne, jak naczelny nadzwyczajny komisarjat dla walki z epidemjami. Jednem słowem działa się dorywczo, bezplanowo, wydaje się masę pieniędzy, z których znaczna część idzie na marne. Gdy tymczasem stale poświęcając więcej uwagi sprawom zdrowia i zużywając nawet mniej pieniędzy, ale stworzywszy dobrą organizację, można z większym pożytkiem, przeprowadzić plan sanacji Państwa.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że płonica zarówno jak i inne choroby zakaźne mogą przenosić się za pośrednictwem szkoły. Nie upoważnia to jednak do wniosku, że dla uniknięcia lub ograniczenia epidemij płonicy należy zamykać szkoły. Nasze złe, nieodpowiednie budynki szkolne, złe urządzenia szkolne (wadliwe ławki), brak wentylacji, wadliwe oświetlenie, przepełnienie klas, niedostateczny dozór lekarski, wpływają ujemnie na zdrowie naszych dzieci, zniekształcając ich ciała, powodując krótkowzroczność, a przedewszystkiem przyczyniając się do szerzenia się gruźlicy, która stale zabiera więcej ofiar niż najgroźniejsze epidemje płonicy — a przecież nikomu nie przyszło dotąd do głowy, aby z tego powodu zalecać zamknięcie wszystkich szkół w całem Państwie. Jazda samolotem lub koleją przedstawia także pewne niebezpieczeństwa, nikomu jednak nie przyjdzie na myśl wydania zakazu takiej jazdy, lecz wszystkie starania i usiłowania idą w kierunku zmniejszenia możliwości nieszczęśliwych wypadków. Wiemy obecnie coraz dokładniej, jakie niebezpieczeństwa dla zdrowia moralnego i fizycznego młodzieży pociąga za sobą nauka szkolna, staramy się te niebezpieczeństwa usuwać lub zmniejszać i trzeba przyznać, że coraz lepiej się nam to udaje.

Zamykanie szkół z powodu epidemij należy już do przeszłości — jest przeżytkiem. Wszędzie,

gdzie istnieje jaka-taka opieka lekarska szkolna, gdzie istnieją higjenistki szkolne zamykanie szkół z powodu epidemij płonicy jest błędem i raczej przynosi szkodę. nie tylko ze względu na przerwę w nauce, ale właśnie ze względu na zwalczanie samej epidemji. Do rzadkich wyjątków należy zaliczyć te przypadki, w których zamykanie pojedyńczych szkół mogłoby być usprawiedliwione. Posiadamy obecnie cały szereg sposobów i środków zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zwalczania ich w szkołach. Szkoła, która posiada jakie-takie urządzenia higjeniczne i dostateczną opiekę lekarską przyczynić się może i przyczynia się do zwalczania choroby podczas wielkich epidemij. Wpływają tu następujące okoliczności: Stała kontrola stanu zdrowia uczniów uczęszczających do szkoły, sprawdzanie stanu zdrowia w domu, w razie niezjawienia się ucznia w klasie, co ułatwia wczesne rozpoznanie choroby zakaźnej, wykrycie tajonych przypadków lub form poronnych choroby zakaźnej (przy płonicy formy te odgrywają ważną rolę, przyczyniając się do szerzenia zarazy — przypadki płonicy, przebiegające bez wysypki z małą gorączką, ale z charakterystycznem zajęciem gardła), wykrycie przypadków choroby zakaźnej w otoczeniu ucznia (u rodzeństwa).

Uczniowie pozostający pod stałą kontrolą i w ciągłej ewidencji władz szkolnych są lepiej chronieni przed chorobą, niż pozostawieni najczęściej bez należytej opieki wałęsający się po całych dniach po mieście, odwiedzający się wzajemnie po domach, gdzie mogą być przypadki chorób zakaźnych, lub uczęszczający do lokali publicznych, jak kina, teatry i t. p.

Żeby skutecznie zwalczać epidemję płonicy należy stosować pewne zarządzenia ogólne w całem mieście wzgl. państwie obok szeregu zarządzeń specjalnych w szkołach.

Ze środków ogólnych, o których już wspomniałem, na pierwszem miejscu, postawić należy s z y b k i e i d o k ł a d n e i z o l o w a n i e c h o r y c h p ł o n i c z y c h w s z p i t a l a c h. Na ten ważny szczegół zwróciłem już oddawna baczną uwagę. W Krakowie od 1909 roku izolowałem w szpitalach przeszło 90% zgłaszanych przypadków płonicy. W niektórych latach jeżeli nie napotykałem na specjalne przeszkody, udało się izolować 97% wszystkich zgłoszonych przypadków płonicy. Wszędzie tam, gdzie izolowanie chorych płoniczych, przeprowadza się bardzo skrupulatnie i z wielkim naciskiem ze strony władz sanitarnych (a rzecz to wcale nie łatwa, przy panujących u nas przesądach i niedostatecznych urządzeniach szpitalnych) płonica trzymana jest niejako stale w pewnych karbach. Wprawdzie i tu przychodzi od czasu do czasu do większych nasileń choroby, wahania jednak tych nasileń są mniejsze i bardzo wielkie epidemje płonicy zdarzają się znacznie rzadziej, niż w miastach, które nie kładą tak znacznego nacisku na dokładne odosobnienie chorych płoniczych w szpitalach. Jeżeli zesumujemy ilość zgłoszonych przypadków płonicy, lub, co daje ściślejsze wyniki, ilość zmarłych na płonicę za pewien okres czasu, to sumy te okażą się niższe w miastach przeprowadzających ścisłą izolację chorych płoniczych, niż w miastach, które tego nie przestrzegają ściśle. Słuszność tego twierdzenia można sprawdzić liczbowo. W czasie od 1919 do 1925 r. zmarło na płonicę w Krakowie 180 osób, we Lwowie 462, w Łodzi 830 w Warszawie 1734[1]), co obliczone w stosunku do jednakowej liczby ludności daje m. w. następujące liczby: Kraków 9, Łódź 15. Warszawa 17, Lwów 19.

Co się tyczy specjalnych zarządzeń w szkołach, zarządzeń mających na celu zwalczanie płonicy i chroniących przed szerzeniem się płonicy przez szkoły, to przytoczę wypracowane przezemnie i wprowadzone w życie w 1909 roku w Krakowie zarządzenia. W miejskim Urzędzie Zdrowia prowadzi się dokładną ewidencję zachorowań zakaźnych w każdej klasie wszystkich bez wyjątku szkół miejskich. Jeżeli w szkole, w jakiejś klasie zdarzy się przypadek płonicy, to nie zamyka się całej szkoły, ale rozpuszcza się do domu jedynie uczniów tej klasy, w której zdarzył się przypadek płonicy[2]) i to jedynie na 9 dni[3]), l i c z ą c o d d n i a o s t a t n i e j b y t n o ś c i c h o r e g o u c z n i a w k l a s i e, to znaczy, że jeżeli uczeń nie uczęszczał do szkoły np. już od trzech dni zanim skonstatowano u niego płonicę i doniesiono o tem szkole. to klasę jego zamykamy na 6 dni, w celu przeprowadzenia odkażenia klasy i przeczekania okresu inkubacyjnego choroby. Jeżeli bowiem ktokolwiek z uczniów tej samej klasy zaraził się już płonicą z tego samego źródła, lub od ucznia, który zachorował, to w wymienionym okresie czasu (6 dni) wybuchnie u niego płonica, uczeń ten rozchoruje się w domu, więc, nie stykając się w szkole ze swemi kolegami i z resztą uczniów w szkole, nie będzie źródłem dalszych zakażeń. Przed ponownem otwarciem takiej klasy, lekarz musi zbadać przedtem wszystkich uczniów tej klasy, t. j. zbadać skórę, gardło, stan gruczołów i t. d. W razie wybuchu większej epidemji płonicy podczas roku szkolnego, należy przeprowadzić dokładne badanie wszystkich uczniów i sprawdzić ilu uczniów w każdej klasie przebyło już płonicę. Klasa, w której większość uczniów przebyła już tę chorobę przedstawia mniejsze niebezpieczeństwo co do szerzenia się w niej choroby, a więc i za jej pośrednictwem płonicy w szkole, aniżeli klasa, w której zaledwie paru uczniów przebyło tę chorobę. Można w ten sposób mieć w ewidencji klasy specjalnie zagrożone i przeprowadzić w nich specjalne dalej jeszcze idące ostrożności. Do środków zapobiegawczych przy zwalczaniu płonicy w szkołach należy też dokładne zbadanie ucznia, który po przebyciu płonicy wraca do klasy. Dzieci szkolne, o ile płonica przebiegała bez komplikacyj, otrzymywały, pozwolenie powrotu do szkoły po dokładnem wykąpaniu i odkażeniu, dopiero w 7 tygodni, licząc od dnia wybuchu choroby.

Zwalczając przez 30 lat epidemję płonicy, początkowo na prowincji, zaś od 1909 r. w Krakowie i stosując opisany powyżej sposób postępowania, nie byłem a n i r a z u z m u s z o n y d o z a m k n i ę c i a c h o c i a ż b y j e d n e j s z k o ł y, a t e m b a r d z i e j d o z a m k n i ę c i a w s z y s t k i c h s z k ó ł w m i e ś c i e z p o w o d u j a k i c h k o l w i e k e p i d e m i j. Na podstawie zatem długoletniego mego doświadczenia i rezultatów otrzymanych stosowaną przezemnie metodą postępowania, mogę twierdzić, że zamykanie szkół z powodu epidemji płonicy jest nie tylko zbyteczne, ale, że może być nawet szkodliwe, pozbywamy się bowiem przytem dobrego źródła kontroli, jakim może być szkoła ze swojemi urządzeniami zapobiegawczemi, opieką lekarską oraz higjenistkami szkolnemi.

Zamykanie szkół z powodu epidemij płonicy jest nie celowe jeszcze z tego powodu, że największą skłonność do zachorowania na płonicę okazują dzieci w wieku od 2-ch do 5-ciu lat, więc dzieci w wieku przedszkolnym.

W biuletynach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o przebiegu chorób zakaźnych w państwie, rozsyłanych do władz prowincjonalnych, niestety z dwumiesięcznem opóźnieniem, nie można znaleźć dostatecznego umotywowania wniosku opóźnienia rozpoczęcia nauki szkolnej w całem państwie.

Według tych biuletynów (ostatni z 26 czerwca) skonstatować można większą epidemję płonicy jedynie w Warszawie, Lwowie i Kielcach. Zarządzenie opóźnienia rozpoczęcia nauki szkolnej o dwa tygodnie w c a ł e m p a ń s t w i e nie zgadza się też z zasadą wygłoszoną w exposé p. premjera Prof. Dr. K. Bartla, który mówiąc o tem, do czego rząd nie dopuści miał powiedzieć: „Rząd nie uzna stolicy i jej środowisk politycznych za centrum swojej działalności i swego świata, doceniając najwyższej wagi zagadnienia zaniedbywanej dotąd prowincji, której wysiłkom i życiu Rząd poświęci szczególną uwagę“[4]). W myśl tych wywodów p. premjera właściwem byłoby wydanie wszystkim p. p. Kuratorom okr. nauk. zezwolenia na opóźnienie rozpoczęcia roku szkolnego, o i l e m i e j s c o w e w ł a d z e s a n i t a r n e u z n a ł y t o z a k o n i e c z n e. Ograniczyłoby to opóźnienie rozpoczęcia roku szkolnego może zaledwie do kilku miejscowości lub szkół.

W przytoczonym na początku tej pracy wniosku p. Ministra Spr. Wew. niezrozumiałem jest też wyznaczenie terminu otwarcia szkół w całem państwie na dzień 15 września b. r.

Na czem opiera p. Minister swoje przypuszczenie, że w dniu 15 września sytuacja będzie inna, niż w dniu 1 września?

Największe natężenie epidemij płonicy w naszem państwie przypada na miesiące październik i listopad. Dane statystyczne tyczące się Krakowa, a obejmujące okres czasu od 1899 do 1922 r. włącznie wykazują to dowodnie. Z 5242 meldowanych przypadków płonicy wśród miejscowej ludności w czasie od 1909—1922 r. przypada na miesiąc październik 686, a na listopad 593 t. j. 13% wszystkich przypadków przypada na październik a 24% czyli prawie 1/4 wszystkich przypadków płonicy przypada na miesiące październik i listopad.

Przytaczany, wprawdzie nie przez p. Ministra Spraw Wewnętrznych, ale przez niektóre pisma argument, mający rzekomo usprawiedliwiać wniosek opóźnienia rozpoczęcia roku szkolnego, w ten sposób, że masowy „powrót uczniów kolejami do miast przyczynić się może do rozszerzenia się epidemij“ — nie wytrzymuje krytyki.

---

[1]) Renseignements épidemiobiologiques Nr. 10. Statistique des maladies à declaration obligatoire des 33. pays d'Europe, 34 d'Afrique, 24 d'Amerique, 23 d'Asie et de l'Australasie, pour l'année 1925. Genève, Juillet 1926. Str. 179 i 180.

[2]) Patrz: „Krótki opis niektórych urządzeń sanitarnych miejskich w Krakowie“. Pod redakcją Doc. Dr. T. Janiszewskiego, Naczelnego Lekarza Miejskiego. Wydanie drugie uzupełnione Kraków 1925. Nakładem Gminy miasta Krakowa. Str. 14—23.

[3]) Najdłuższy okres inkubacyjny, jaki spostrzegałem przy płonicy nie przekraczał 9 dni.

[4]) Rząd pracy. Exposé premjera Prof. Dr. K. Bartla, wygłoszone w Sejmie dnia 19 lipca 1926 r. Warszawa. Drukarnia państwowa 1926. Str. 17.

Co do zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych za pośrednictwem ruchu kolejowego istnieją dostateczne przepisy, które należałoby tylko przypomnieć i ściśle stosować.

Dalej należy pamiętać, że tylko część młodzieży szkolnej wyjeżdża z miast na lato, i że część młodzieży wróciła już do miast i tu dopiero dowiedziała się o odroczeniu rozpoczęcia nauki.

Przed zawleczeniem chorób zakaźnych do miast względnie do szkół przez powracającą ze wsi, zdrojowisk, uzdrowisk, i letnisk młodzież szkolną chronić może stosowanie wydanego przez Miejski Urząd Zdrowia wzgl. Magistrat m. Krakowa rozporządzenie z dn. 14. sierpnia 1909 r. L. 75.005/09. Fiz., które zaleca, aby uczniowie (uczennice) obcy, przyjezdni z prowincji lub miejscowi, wyjeżdżający na ferje z Krakowa byli obowiązani przedłożyć przy wpisie lub po powrocie z feryj Dyrekcji Szkoły lub Przełożonemu internatu poświadczenie wójta (lub sołtysa) potwierdzone przez lekarza, że w domu ucznia przynajmniej od 6-ciu tygodni nie było płonicy, lub innej choroby zakaźnej. Dalej rozporządzenie to podaje, jak należy postępować w razie, jeżeli uczeń bawiący na wakacjach sam zachoruje na chorobę zakaźną, lub jeżeli w mieszkaniu, które zajmuje podczas wakacyj zdarzy się wypadek choroby zakaźnej, a na miejscu nie ma urządzeń, umożliwiających dokładne odkażenie osób, mieszkań i rzeczy Dyrekcje szkół i Przełożeni internatów nie powinni dopuścić do nauki względnie przyjąć na stancję uczniów, którzy wymienionego świadectwa nie przedłożą. Dalej następują przepisy tyczące się przyjmowania do szkół po feriach uczniów, pozostających podczas feryj w mieście. W końcu Magistrat zaleca Dyrekcjom szkół i Przełożonym internatów, aby w interesie zdrowia dzieci zechcieli przed początkiem każdych feryj szkolnych zaznajomić dokładnie uczniów z treścią, powyższego zarządzenia.

Zarządzenie powyższe stosowane od 1909 r. w Krakowie okazało się celowem.

Umyślnie nie podnoszę szkodliwych skutków, jakie pod względem pedagogicznym, finansowym i społecznym pociągnie za sobą wprowadzenie w życie wniosku p. Ministra Spraw Wewnętrznych. Chodziło mi o poddanie krytyce tego wniosku jedynie ze stanowiska higieny społecznej i administracji sanitarnej.

Otóż na podstawie przytoczonych powyżej wywodów twierdzę, że wniosek ten jest ze stanowiska administracji sanitarnej zbyteczny, nie oparty ani na danych naukowych, ani na naszem dotychczasowem doświadczeniu lekarskiem, wniosek ten zatem jest błędny i szkodliwy.

Czy można w tym wypadku winić osobę p. Ministra Spraw Wewnętrznych? Twierdzę stanowczo, że nie można go winić.

Winien tu jest nie p. Minister Spraw Wewnętrznych, ale wadliwa organizacja administracji państwowej, wtłaczająca sprawy pierwszorzędnej wagi dla obywateli i dla państwa, bo sprawy życia i zdrowia obywateli, wymagające przy zarządzaniu niemi wysokiego fachowego wykształcenia i wielkiego doświadczenia do Ministerstwa o charakterze czysto politycznym, i oddająca decyzję o zdrowiu i życiu ludzkiem w państwie w ręce laika. Przecież p. Minister Spraw Wew., o ile nie jest lekarzem, nie może się znać na medycynie i z powodu tego nikt mu zarzutu zrobić nie może. Takiego wniosku, jaki postawił p. Minister Spraw Wewnętrznych, nigdy nie postawiłby fachowy Minister Zdrowia Publ. — lekarz. Jeżeli dotychczasowa wadliwa organizacja administracji sanitarnej w państwie pozostanie nadal niezmienioną, to obawiać się należy i innych podobnych, nieodpowiednich pod względem higienicznym wniosków i zarządzeń ze strony rządu, podobnie jak się to nieraz zdarzało od końca 1919 roku, odkąd Ministerstwo Zdrowia Publ. *de facto* przestało już istnieć. Może popełniony obecnie błąd i szerząca się w kilku miejscach państwa epidemja płonicy przypomni naszym władzom sprawy zdrowia i że istnieje jeszcze jeden, może najważniejszy, o b o w i ą z e k r z ą d u — dbałość o zdrowie i życie obywateli tworzących to państwo. Może przypomni to także czynnikom miarodajnym, że prócz waluty, przemysłu, handlu, eksportu, importu, zagadnienia pracy istnieje jeszcze sam człowiek i sprawa jego zdrowia, stojąca w ścisłym związku z poprzednio wyliczonemi działami administracji państwowej i że w obecnych skomplikowanych i coraz bardziej komplikujących się stosunkach kulturalnych wszystkie działy administracji państwowej tak są wzajemnie od siebie zależne, tak się wzajemnie łączą, tak o siebie zazębiają, że nie można bezkarnie, bez wielkiej szkody dla państwa zaniedbywać i ignorować jednej gałęzi administracji państwowej, tembardziej, gdy chodzi o gałąź tak ważną, jaką jest pieczа nad zdrowiem i życiem obywateli, od jakości i ilości których zależy byt i przyszłość państwa.

OCENY.

S. L e s s n e r: *Diagnose und Therapie des Ekzems.* Lipsk 1926 — S. Kabitsch — 3 wyd. — str. 173.

Do napisania obszernej pracy o wyprysku, a w szczególności o jego leczeniu wolno zabrać się doświadczonemu dermatologowi jakim jest Jessner. Autor w części pierwszej, dotyczącej rozpoznania wyprysku (str. 55) umieścił wszystko, o czem lekarz praktyczny wiedzieć powinien. Znajdziemy tam zatem jasny opis poszczególnych okresów wyprysku: miejsce, sposób rozszerzania się, zagadnienie etjologji i rozpoznanie różniczkowe.

Można nie godzić się z autorem co do ujęcia istoty samego wyprysku, a tem mniej ze ściąganiem wyprysku właściwego, do jednego mianownika z zapaleniami skóry sztucznemi, zawodowemi lub z dermatozami łojotokowemi i t. p. Przynależność autora do szkoły niemieckiej musi z góry uchylić ewentualny zarzut.

Część druga dzieła (str. 113) wypada w całości na pochwałę autora, dotyczy leczenia wyprysku. Nie ma się na chwilę wrażenia pracy kompilacyjnej, jest ona wypływem bogatego doświadczenia, idącego w parze ze zdobyczami nauki i techniki. Znajdujemy w niej wskazówki co do wewnętrznego leczenia wyprysku (dieta, proteinoterapja, desensibilizacja i t. d.) ogólne i szczegółowe zasady zewn. leczenia wyprysku; farmakologję środków przeciwwyprysykowych, sposób stosowania środków leczniczych, wreszcie przykładowo leczenie w poszczególnych okresach i zależnie od umiejscowienia się wyprysku z uwzględnieniem światłolecznictwa.

Dzieło czyta się z przyjemnością(nie rażą nawet reklamowane pewne środki). Klinicysta znajdzie w niem kontrolę używanego sposobu leczenia, praktyk zdobędzie metodę wypróbowaną leczenia.

St. Ostrowski (Lwów).

R. S a l u s: *Kompendium der Augenheilkunde.* Wiedeń. Nakładem Jul. Springera. 1926. Stron 204, 54 rycin w tekście.

Prof. Salus, kierownik oddziału ocznego instytutu poliklinicznego niemieckiego uniwersytetu w Pradze wydał za namową Prof. Elschniga małą książkę, będącą nie podręcznikiem okulistyki ale rodzajem repetitorium.

Wychodząc z założenia, że okulistyki można nauczyć się tylko przez oglądanie żywych okazów, starał się autor w tej książce zebrać w krótki i treściwy sposób wszystkie, nawet najnowsze, uznane już w nauce dane dla rozpoznania i leczenia chorób ocznych i w ten sposób dopomódz pamięci do utrwalenia widzianego już raz obrazu chorobowego. Dlatego też w książce brak rycin ilustrujących poszczególne postacie kliniczne chorób, a wymieniona ilość rycin wybraną została przez autora jako konieczną dla lepszego zrozumienia tekstu. Najobficiej w ryciny, zaczerpnięte przeważnie z innych obszernych podręczników okulistyki, zaopatrzony jest dział omawiający choroby rogówki — inne działy znacznie mniej ilustrowane, przy chorobach spojówki z wyjątkiem ziaren jaglicznych innych rycin brak. Pouczające są dwa roentgenogramy przedstawiające prawidłowy i zwężony przewód nosowołzowy po wypełnieniu dróg łzowych parafiną z *thorium oxyd.* lub lipoidyną.

Uszczerbkiem dla całej książki jest brak rozdziału o wadach refrakcji — dla zapoznania się z tym działem odsyła autor czytelnika do dzieła Elschniga, omawiającego badania czynnościowe oka.

W. R. (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Liječnički Vjesnik.

Nr. VI. 1926. Zagreb.

Dr. P. H e r z o g: *Pojęcie i zastosowanie kliniczne podstawowej przemiany materji.*

Dzięki aparatowi Krogh-Liebesny i tabelom Benedikta może być badanie podstawowego metabolizmu wykonywanem w zwykłej praktyce szpitalnej. Omówienie znaczenia tego badania.

Prof. L. S t a n o j e v i ć: *O wpływie dotyku i pojęć dotykowych na wyraz twarzy z szczególnem uwzględnieniem ludów bałkańskich.*

Dr. J. M a r c e l i ć: *O zatruciu ustroju przy gruźlicy.* Mocz gruźliczych jest wysoko trującym wskutek obecności peptonowatych trudno dialysujących substacyj, których ilość i jakość podlega wielkim wahaniom. Wstrzyknięcie floridziny zwiększa ilość i jadowitość tychże.

Dr. J. T o d t o w a: *Przypadek samoistnego wessania zaćmy.*

Dr. L. S t e i n: *Związek przemiany materji z chorobami skórnemi.*

F e j l e t o n: *Wydział lekarski uniwersytetu im. Masaryka w Bernie.* Prof. B. Boućek.

Sprawozdanie poglądowe: *„Febris puerperalis“* Dr. S. Zanela.

Sprawozdania z piśmiennictwa. Bibliografia słowiańska. Wiadomości społeczne i zawodowe. Posiedzenia i Zjazdy. Kronika bieżąca.

Nr. VII. 1926. Zagreb.

Doc. I. Robida: *Skazaniec Józef Hotko. (Zbrodnia jego i wywiady, sekcja i orzeczenie, omówienie).*

Dr. S. Hofmann: *O zaburzeniach wzrostu epiphyz.* Przy pomocy radiologji jest możliwem odróżnienie pierwotnych zmian martwicowych powstających przy osteochondropatycznych zaburzeniach rozwojowych od wtórnych deformatywnych powstałych przez obciążenie. Trzy przypadki własne. Zdanie Calotta, że *osteochondropathia coxae* bywa zawsze zapoznaną *subluxatio congenita* wydaje się autorowi niesłusznem.

Dr. P. O. Ganc: *Używanie wysuszonego dopełniacza w odczynie Wassermanna.* Na podstawie 10,860 badań zaleca autor używanie dopełniacza wysuszonego wedle sposobu Straubego i Gaedego. Ma tę zaletę przed świeżym, że jest bardziej jednostajnym i zbliża się do ideału standartyzowanego.

Dr. E. Deutsch: *Noga spotawa w ubezpieczeniu społecznem.*

Fejleton: *Książka pełna problemów (Życie i choroba, C. Haeberlina).*

Dr. S. Župić: *Mój pobyt w paryskiej Salpétrière.* Dr. I. Glavan.

Sprawozdanie poglądowe: *„Febris puerperalis"* (dokoń.). Dr. S. Zanela.

Sprawozdania z piśmiennictwa, Bibliografia słowiańska. Sprawy społeczne i zawodowe. Posiedzenia i Zjazdy. Kronika.

Nr. VIII. 1926. Zagreb.

Dr. A. Blasković: *Gruźlica stereżn.* Studium na podstawie 68 przypadków własnych. Autor oświadcza się za wczesną radykalną operacją.

Dr. G. Jovanović: *Nowe badania nad płonicą.* Przegląd postępów w tej dziedzinie. Autor oświadcza się za decentralizacją szczepień w czasie epidemji i podnosi braki tychże. Uodpornienie ludności powinno być przeprowadzonem masowo, ale przez wielu lekarzy. Należy być ostrożnym z używaniem surowicy.

Dr. L. Thaller: *Historja medycyny w Chorwacji i Sławonji od r. 1770. do 1850.* (Początek).

Dr. A. Dańćević: *Rzadki przypadek urazowej przepukliny przeponowej.* Po postrzale przeszły śledziona, żołądek i *colon transversum* do lewej jamy opłucnowej. Po 6 miesiącach śmierć wskutek zrostów.

Dr. K. Dajćević: *Leczenie bronchopneumonii małych dzieci infludem.*

Dr. A. Schorsch: *Leczenie gruźlicy angiolympha.*

Sprawozdania z piśmiennictwa. Bibliografia słowiańska. Sprawy społeczne i zawodowe. Posiedzenia i Zjazdy. Kronika.

Leszczyński.

La Presse médicale.

Nr. 24.

B. Desplas: *O niebezpieczeństwie zakładania szwów pierwotnych w ranach urazowych.* Przy ścisłem przestrzeganiu wskazań, szew założony bezpośrednio po urazie na oczyszczoną ranę może dać bardzo dobre wyniki jak wykazała chirurgja wojenna. Jednak bezkrytyczne zakładanie szwów na rany miażdżone otrzymane w przypadkach ulicznych może się stać przyczyną zejść śmiertelnych, jak wykazują cztery przytoczone przez autora przypadki. Wobec stałego zanieczyszczenia ran otrzymanych w wypadkach ulicznych, nie należy zakładać na nie szwów, nawet gdy niema znaczniejszego uszkodzenia tkanek. W razie złamania kości, uszkodzenia naczyń i mięśni, należy nie czekając wykonać wysoką amputację kończyny.

L. Nègre i A. Boquet: *Leczenie gruźlicy zewnętrznej wyciągami metylowemi laseczek Kocha.* Autoorwie zestawiają korzystne wyniki otrzymane przy leczeniu gruźlicy skóry, gruczołów chłonnych i kości „antigenem metylowym". Jest to wyciąg metylowy z laseczek gruźliczych, poddanych poprzednio działaniu acetonu, a mający własność obfitego wywoływania przeciwciał, bez niepożądanych działań ubocznych. Stosowany podskórnie w dawkach stopniowo wzrastających od 0,05—1 cm³, nie wywołuje podwyżek ciepłoty, ani objawów ogniskowych i wpływa korzystnie na stan ogólny chorych.

Jacquerod: *O częściowem wycięciu żeber w przypadkach przewlekłej gruźlicy.* W przypadkach rozpadowej gruźlicy umiejscowionej jednostronnie, istnieje wskazanie do thorakoplastyki zupełnej, obejmującej wszystkie żebra prawej lub lewej połowy klatki. Wycięcie żeber częściowe nie prowadzi do celu, nie wywołując ucišnięcia chorego płuca, zostało więc dziś zupełnie zarzucone.

Istnieją jednak przypadki w których częściowa resekcja oddać może dobre usługi, a mianowicie tam gdzie schorzenie umiejscowione w jednym płacie płucnym niema dążności do rozszerzania się, nie wykazuje jednak także skłonności do bliznowacenia.

J. Bohec: *O chorobie lądowej.* Przez określenie to rozumieć należy znane zawodowym marynarzom objawy chorobowe występujące na kilkanaście godzin przed przybiciem do brzegu, a mianowicie: podniecenie, niepokój, ból głowy i wymioty, brak łaknienia i bezsenność. Nie występuje natomiast nigdy uczucie zawrotu głowy tak charakterystyczne dla choroby morskiej. Chorobie lądowej podlegają osobniki hipersympatikotoniczne, te właśnie, które nie cierpią na chorobę morską. Jako istotę choroby lądowej uważa autor wstrząs psychokolloiklazyczny wywołany przez czynniki emocjonalne.

Nr. 25.

M. Letulle i J. Dalsace: *O ukrytych formach kiły płucnej.* Autorowie zwracają uwagę na pewne, nierzadko występujące postacie kiły płuc, uchodzące najczęściej uwadze klinicystów a zazwyczaj niedoceniane i nie rozpoznawane na stole sekcyjnym. Pod względem klinicznym chodzi tu najczęściej o ludzi wieku około 60 lat, stałych bywalców szpitalnych, z powodu rozedmy płuc, przewlekłych zmian kataralnych oskrzeli, zmian w mięśniu sercowym i nerkach, z następowem podwyższaniem parcia krwi. Badanie sekcyjne płuc w tych przypadkach wykazuje często zmiany pochodzenia specyficznego, charakteryzuje się:

1) występowaniem drobnych ognisk sklerotycznych rozrzuconych wśród normalnego miąższu płucnego. Częściej jednak w otoczeniu tych blizn stwierdzamy wysepki rozedmy płucnej i drobne rozstrzenie oskrzelowe.

2) Występowaniem bardzo drobnych ognisk zapalenia podostrego „kilaków prosówkowych".

Autorowie omawiają dokładnie obraz histologiczny zmian spotykanych, podkreślając ważność badań mikroskopowych w przypadkach podejrzanych.

Abadie, Baldous i Dornier: *O azotemji przy znieczuleniu lędźwiowem* U kilkudziesięciu chorych operowanych w znieczuleniu lędźwiowem, autorowie stwierdzili mniej lub więcej wybitną azotemję utrzymującą się przez przeciąg jednego tygodnia.

Podniesienie się zawartości azotu niebiałkowego we krwi należy w części przypisać samemu zabiegowi operacyjnemu, stanowiącemu głęboki uraz dla ustroju, działanie środków znieczulających odgrywa jednak też ważną role w tem zjawisku.

Autorowie stwierdzili, iż stovaina wywołuje wyższa azotemię niż nowokaina, ta ostatnia nadaje się więc bardziej do stosowania u osobników z upośledzoną funkcją nerek lub wątroby.

Ch. Perret: *O operacji guzów uda.* Autor podkreśla niebezpieczeństwo obfitych krwotoków przy wyłuszczaniu stawu biodrowego w przypadkach dużych i silnie unaczynionych guzów uda, n. p. mięsaków wychodzących z kości udowej lub powięzi uda. Samo podwiązanie naczyń uda nie zapobiega skrwawieniu wobec silnego krążenia kolateralnego w tych przypadkach. Dla uniknięcia groźnych powikłań, autor operuje w położeniu Trendelenburga, wykonując wprzód małą laparatomję dla podwiązania *art. iliaca communis* poczem, po podwiązaniu tętnicy i żyły udowej przystępuje do wyłuszczenia stawu.

Nr. 26.

M. Macaigne i P. Nicaud: *O pierwotnej aspergillozie płucnej.* Dokładny opis pierwotnej aspergillozy płucnej stwierdzonej sekcyjnie u kobiety 70-letniej. Pod względem klinicznym przebieg schorzenia był bardzo przewlekły, gdyż pierwsze objawy polegające na częstem krwiopluciu wystąpiły w 18 roku życia. Stan odżywienia i samopoczucie było przez cały czas choroby dobre. Zejście śmiertelne nastąpiło wśród krwioplucia, sinicy i duszności.

Obraz sekcyjny wykazał rozległe zmiany sklerotyczne w zakresie lewego płuca, prawie zupełnie bezpowietrznego, z rozsianemi gdzieniegdzie ogniskami grzybicy, oraz *endarteritis* tętnicy płucnej z zakrzepami zatykającemi drobniejsze jej rozgałęzienia.

Autorowie podają dokładny obraz mikroskopowy zmian spotkanych, i podkreślają stałe występywanie rozległych zmian naczyniowych w przypadkach aspergillozy płucnej, wywołanych wrastaniem grzybka przez ściany do światła naczyń. Pierwotna aspergilloza płuc należy do schorzeń bardzo rzadkich, w przeciwieństwie do względnie częstego występywania jej w przypadkach gruźlicy lub raka płuc.

L. Momer: *O tak zwanem chirurgicznem usuwaniu zębów.* Praktykowany zazwyczaj sposób usuwania zębów przez wyrywanie ich kleszczami jest zabiegiem brutalnym, miażdżącym tkanki, nie pozwalającym usunąć dokładnie ewentualnych ognisk zapalnych dokołakorzeniowych, a owszem często stwarzającym warunki dla powstania zakażenia. Tak zwane „chirurgiczne" usuwanie zębów przez nacięcie dziąsła i okostnej z boku i otworzenie zębodołu, pozwala usunąć korzeń pod kontrolą oka, oczyścić zęby z tkanek patologicznych i ewentualnie go zdrenować. Opis postępowania.

Nr. 27.

L. Bard: *Fizjologja patologiczna zjawisk wstrząsowych i mechanizm ich leczniczego działania.* Nie nadaje się do streszczenia.

C. Fournier: *O wyłuszczeniu jaja płodowego przy cięciu cesarskiem.* Opis metody stosowanej przez autora w kilkudziesięciu przypadkach, a polegającej na wyłuszczeniu całego jaja płodowego wraz z łożyskiem bez uszkodzenia jego ścian. Sposób ten, po za zaletą utrzymania w czystości pola operacyjnego daje pewność usunięcia zupełnego błon płodowych z macicy.

Nr. 28.

P. Flandrin i L. Schil: *Leczenie metritis cervicalis stosowaniem prądów szybkozmiennych.* Stosowanie prądów szybkozmiennych, przedewszystkiem w postaci eletrokoagulacji, oddaje dobre usługi w leczeniu *metritis cervicalis.* Po 3 do 6-ciu zabiegach stosowanych w odstępach 8—15 dniowych, zmiany zapalne cofają się, owrzodzenia goją i szyjka macicy przybiera normalny wygląd. Autorowie podkreślają brak zmian bliznowatych w zakresie szyjki, które mogłyby dawać niepożądane powikłania porodowe.

Porge: *O przewlekłem przekrwieniu nerek i jego stosunku do spraw zapalnych.* Obecność czerwonych ciałek krwi w moczu jest często jedyną pozostałością po sprawach zapalnych ostrych nerek — pozornie wyleczonych. Wykazać je można najczęściej tylko badaniem mikroskopowem. Stwierdzenie ich wskazuje zawsze, pomimo nieobecności białka w moczu, na pewien stopień schorzenia nerek.

G. Ichok: *O stosowaniu sympatikotomji okołotętniczej w gruźlicy kostno-stawowej.* Referat zbiorowy.

Nr. 29.

N. Grenet i P. Isaak-Georges: *Pomiary oscillometryczne na tętnicach kończyn u chorych z zespołem Raynaud'a.* Autorowie wykonali szereg pomiarów ciśnienia krwi w zakresie kończyn u chorych z zespołem Raynauda. Badania, przy których posługiwano się oscillometrem Pachona wykonywane były w czasie napadów zsinienia kończyn jakoteż w przerwach między napadami.

Wyniki pomiarów były następujące:

1) Badania wykonane w czasie napadu wykazywały spadek ciśnienia i znaczne zmniejszenie się pulsacji tętniczej w zakresie schorzałej ręki i przedramienia. Ciśnienie w zakresie tętnicy ramieniowej ulegało natomiast wzrostowi, co należy uważać za zjawisko reakcyjnie, wtórorzędnie.

2) Badania wykonane w przerwach między napadami u chorych z zaburzeniami występującemi jednostronnie, wykazywały stałe zmniejszenie ciśnienia po stronie chorej w stosunku do strony zdrowej.

Fakt ten, wedle autorów, przemawia za obecnością zmian anatomicznych w zakresie tętnic kończyn dotkniętych zespołem Raynauda. Zmiany te wywołują stałe upośledzenie krążenia w zakresie chorej kończyny, pozatem zaś są przyczyną występujących napadowo skurczów spastycznych naczyń, dających charakterystyczny zespół objawów.

J. Montpellier: *Kiła u narodów Afryki północnej.* Kiła u szczepów północnej Afryki, podobnie jak i w innych krajach egzotycznych wykazuje w przebiegu swym znaczne odchylenia w stosunku do obrazów spotykanych w Europie. Podczas gdy objawy skórne występują u tych ludów bardzo gwałtownie i rozlegle, kiła układu nerwowego należy do zjawisk względnie rzadkich. Autor zbija zapatrywania Sézary'ego, twierdzącego, iż „dermotropowa" postać kiły występuje w krajach do których choroba ta względnie niedawno została zawleczoną, podczas gdy postać „neurotropowa" pojawia się przedewszystkiem u ludów zakażonych oddawna, u których w szeregu wieków wytworzyły się pewne obronne reakcje humoralne.

Wedle M. różnicy w przebiegu kiły u ludów Afryki nie można tłumaczyć niedawnem zakażeniem, gdyż kiła została zawleczoną tam już w 15 w. Przyczynę widzi autor w odmiennych własnościach zarazka, jakoteż w hiperallergji skóry u tybulców.

A. Sézary: *Kiła krajów egzotycznych, a kiła układu nerwowego.* Odpowiedź na powyższy artykuł.

A. Radovici: *Nowy objaw rozpoznawczy przy porażeniu nerwu twarzowego.* Rozpoznanie umiejscowienia porażenia nerwu twarzowego napotyka niekiedy na znaczne trudności. W przypadkach tych ważną pomoc stanowić może zbadanie zachowania się odruchu dłoniowo-brodowego, opisanego przez Marinesco-Radovici. Jest to odruch skórny, występujący u 60% osobników normalnych, a polegający na podciągnięciu ku górze połowy brody przy zadrażnieniu dłoni tej samej strony.

Drogę wstępującą dla tego odruchu stanowi *n. cubitalis* i *medianus,* korzonki C^6, C^7, i C^8 i drogi łączące komórki rdzeniowe tych korzonków z jądrami *n. facialis.* Nerw twarzowy jest drogą odśrodkową dla odruchu. Rzecz prosta iż każda przeszkoda w zakresie dróg tego odruchu uniemożliwi jego powstanie, a zatem i uszkodzenie neuronu obwodowego nerwu twarzowego. Naodwrót, w przypadkach porażenia nerwu twarzowego pochodzenia centralnego, odruch dłoniowo-brodowy będzie po stronie chorej nietylko utrzymany, ale nawet wzmożony, jak wykazały liczne spostrzeżenia autorów.

Natomiast pamiętać należy, iż obustronna nieobecność odruchu nie daje żadnych wskazówek, gdyż obserwować ją można u 40% osobników normalnych.

L. Langeron, J. Dechaume i Ch. Petouraud: *Przypadek uporczywej czkawki w przebiegu meningitis tbc.* Przypadki uporczywej czkawki występującej w przebiegu *meningitis tbc.* nie należą do rzadkości. Przypadek opisany przez autorów zasługuje na uwagę, ze względu na anatomiczny obraz schorzenia, pozwalający wyprowadzić pewne wnioski co do lokalizacji ośrodka dla czkawki. Zdania poszczególnych autorów wykazują w tej kwestji pewną rozbieżność; jedni z nich pojawienie się uporczywej czkawki w przebiegu spraw zapalnych centralnego układu nerwowego przypisują zmianom w zakresie rdzenia inni w zakresie kory mózgowej.

W przypadku opisanym przez L. D. i P. stwierdzono przy badaniu histologicznem, oprócz zwykłych przy *meningitis tbc.* zmian w zakresie opon i kory mózgowej, wyraźne zmiany w zakresie rdzenia szyjnego, w okolicy wyjścia *n. phrenici,* dotyczące zwłaszcza komórek rdzeniowych.

Czeżowska (Lwów).

The Journal of the American Medical Assoc.

Vol. 85. Nr. 19. Nov. 7. 1925.

Boyers, Kofoid, and Olive Swezy: *Ludzka przewłoczna Amoebiasis.*

A. C. Scott: *Przecięcia bloków gruczołowych w rakowych przerzutach* (z ilustrac.).

Kline and Berger: *Zgorzel płucna krętkowa.*

William S. Mecomel: *Kontrola roentgenologiczna krwawienia macicznego.*

W. F. Henderson: *Antiperistalsis dwunastnicy (przy Anchylostoma duod.).*

Walter L. Lilie: *Objawy oczne z powodu guzów płata skroniowego.*

A. J. Carlson: *Fizjologja wątroby: Obecny stan naszej nauki.*

Frank. C. Mann: *Zmiany fizjologicznych procesów po całkowitem usunięciu wątroby.*

Carl. H. Greene: *Kliniczne stosowanie prób czynnościowych wątroby.*

L. K. Williams: *Wzajemny stosunek urzędów zdrowotnych.*

Pilcher: *Mechanizm przeciwobrzękowego działania epinefryny.*

James. T. Gwathmey: *Synergizm siarkanu magnu i morfiny oraz siarkanu magnu i eteru.*

C. J. Gamble: *Skurcze przepony poencefalityczne.*

Kline and Berger: *Zgorzel płuc krętkowa.* Na podstawie 16 przypadków dokładnie spostrzeganych w Mount Sinai Hospital w Cleweland wypowiadają autorowie następujące wnioski:

W pięciu przypadkach z jamą zgorzelinową leczenie *arsphenamin'em* zapobiegło zejściu śmiertelnemu i usunęło prawie w zupełności objawy. Pięć przypadków z rozległą płucną lub opłucnowo-płucną zgorzelą, bądźto nie leczonych, bądź leczonych już *in ultimis skończyło się niepomyślnie.* W pięciu przypadkach z sześciu, w których zmiany płucne były mniej groźne, nastąpiło zupełne wyleczenie. Szósty chory opuścił szpital po jednym zastrzyku *arsphenamin'u.* Podejrzenie rozwinięcia się zgorzeli w przebiegu schorzenia płuc jest zawsze uzasadnione, gdy wśród pogarszających się objawów występują brunatne i cuchnące zgnilizną plwociny.

Przed zjawieniem się wybitniejszych zmian rozpadowych, może stwierdzenie krętków Vincenta i lasecznika *„fusiformis"*, w plwocinie (po starannem wymyciu) — naprowadzić na rozpoznanie trafne choroby.

Od płucnej czy też opłucnowo-płucnej zgorzeli można uchronić chorego usuwając doszczętnie ognisko w jamie ustnej. Krętkowa zgorzel płucna *(Gangraena pulmon. spirochet.)* jest odrębną jednostką chorobową, rozwijającą się z aspiracji *(spirochet)* krętków i laseczników fusiform. z jamy ustnej — czasem zaszczepionej na już schorzałem płucu — zazwyczaj nierozpoznawaną, a objawy przypisywane bywają chorobie pierwotnej.

Leczenie a sphenaminą jest widocznie leczeniem swoistem. Z historji chorób widać, że autorowie stosowali domięśniowo: 0.5 gr. Sulpharsphenamin i 0.45 po 6 dniach drugim razem: w drugim przypadku 0.4 neo-arsphenamin dożylnie, po 4 dniach 0.6 neo-

arsphenaminu dożylnie; temuż choremu tygodniowo cztery zastrzyki dożylne neo-arsphenaminu aż do zupełnego wyzdrowienia (ile? sprawozd.). W trzecim przypadku otrzymał chory 0.3 a po 3 dniach 0.4 i znowu po 3 dniach 0.4 sulpharsphenamin domięśniowo a po raz ostatni (w 25 dni od pierwszego zastrzyku) jeszcze 0.4 sulpharsphenamin. W podobny sposób leczone były i inne przypadki po 0.2—0.50 pro dosi, dożylnie, rzadziej domięśniowo, czasem 0.6. Badano najdokładniej w ciągu całego przebiegu choroby krew, ślinę, zęby, plwocinę, wysiękowe płyny itd.*).

Pisek (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Disease.

1926. T. 63. Nr. 5.

Wright:: *Dawne poglądy na świadomość i umysł ludzki. (The ancient idea of consciousness and the human mind).* Autor omawia teorje psychologiczneArystotelesa i Platona, przyznając im słuszność pod wieloma względami i uwydatniając, że treść zawarta w naszej świadomości nie może być uzależniona całkowicie od doświadczenia zdobytego drogą zmysłów.

Paterson, Damon i Levi. *Badania porównawcze nad różnemi sposobami stosowania luminalu w padaczce. (A comparative study of various methods of the administration of luminal in epilepsy).* Działanie luminalu w padaczce badano w zależności od różnych sposobów stosowania tego środka, a mianowicie drogą przewodu pokarmowego, podskórną, dożylną i dooponową. W 300 przypadkach padaczki luminal podawano do wewnątrz, dawka przeciętna wynosiła 0,09 luminalu podawanego wieczorem, czasem w przypadkach częstych napadów dziennych, podawano taką samą dawkę dodatkową rano. Stosowanie luminalu trwało od 1 r. do 4 lat. Przeciętnie liczba napadów u chorych, poddanych temu leczeniu, zmniejszyła się o 45%. Luminal wpływał przeważnie dodatnio na napady ciężkie, podczas gdy napady drobne nie wykazywały poprawy. Pod wpływem tego leczenia ulegało również poprawie zachowanie się i usposobienie chorych, z otępiałych, zgryźliwych, drażliwych, stawali się oni bardziej ożywionymi, towarzyskimi i chętniejszymi do pracy. Długotrwałe podawanie luminalu w ciągu szeregu lat nie zmniejszało jego skuteczności, lecz nagłe przerwanie leczenia sprowadzało wystąpienie całego szeregu napadów ciężkich. Zatem luminal nie jest środkiem leczniczym, a jedynie paliatywnym, nigdy więc nie należy odrazu przerywać jego stosowania, a stopniowo zmniejszać dawki. Ujemnego działania ubocznego nie spostrzegano, występującej czasem senności porannej można uniknąć przez wcześniejsze podawanie dawki wieczornej. Do zastrzykiwań podskórnych używano soli sodowej luminalu *(luminalnatrium)*, jako środka łatwo rozpuszczalnego. Sól ta jest słabsza w działaniu od luminalu, stosowano ją też w dawce większej od 0,3 do 0,9. Zastrzykiwania podskórne stosowano u 50 chorych, ulegających serjom napadów; u wszystkich otrzymano poprawę widoczną. Jednak w stanach padaczkowych stosowanie zastrzykiwań podskórnych nie dawało wyników. Działania szkodliwego po stosowaniu podskórnem luminalu nie spostrzegano. Do zastrzykiwań dożylnych używano również soli sodowej luminalu w roztworze 6% wyjałowionym, po uprzedniem sprawdzeniu, czy sól ta nie posiada działania hemolitycznego. Dawka przeciętna wynosiła od 0,12 do 0,3 sodku luminalu t. j. od 2 ccm do 5 ccm 6% roztworu w soli fizjologicznej.

Szkodliwych działań ubocznych nie spostrzegano, dwukrotnie tylko po zastrzyknięciu wystąpił przejściowo rumień rozlany. Stosowano ten sposób leczenia w 17 przypadkach padaczki, wśród których było 5 przypadków odpornych na podawanie luminalu do wewnątrz. Wśród tych ostatnich chorych tylko jeden wykazał poprawę. Leczenie dożylne miało wpływ wybitnie dodatni na stany padaczkowe, napady ustawały prawie natychmiast po zastosowaniu zastrzyku. Do zastrzykiwań dooponowych używano tego samego wyjałowionego roztworu 6% sodku luminalu w roztworze fizjologicznym soli. Dawka wynosiła od 0,06 do 0,3 sodku luminalu t. j. od 1 ccm do 5 ccm roztworu. Zazwyczaj w kilka godzin po wprowadzeniu dooponowem występowało dość znaczne nieraz podniesienie ciepłoty ciała, jednak krótkotrwałe, innych złych skutków, prócz przejściowych bólów głowy, nie spostrzegano. Stosowano ten sposób leczenia w 17 przypadkach, większość leczonych wykazywała uspokojenie i senność, ci jednak, którzy bezpośrednio przedtem przebyli serję napadów, wykazywali po zastrzyknięciu dooponowem pewne podniecenie i ożywienie. U wielu chorych po zastrzyknięciu dooponowem ujawniały się przy następnem nakłuciu lędźwiowem zmiany w cieczy mózgowo-rdzeniowej charakterystyczne dla zapalenia jałowego opon. Ten sposób leczenia w przypadkach napadów, występujących serjami, i stanów padaczkowych okazał się jednak mniej skutecznym niż stosowanie luminalu dożylne. Tylko w jednym przypadku odpornym na inne sposoby leczenia luminalem, po szeregu zastrzyknięć dooponowych ujawniła się następnie wrażliwość na luminal podawany do wewnątrz, który zaczął wywierać wpływ pomyślny na napady.

Na podstawie tych badań, autorzy przychodzą do wniosku, że najlepszym sposobem leczenia padaczki jest podawanie luminalu do wewnątrz, gdyż inne sposoby wprowadzania tego środka do ustroju nie dają wyników lepszych, a są znacznie bardziej kłopotliwe. Jedynie w stanach padaczkowych jest wskazane stosowanie luminalu dożylne.

Nielsen. *Wagotonja i odczyny hypoglikemiczne. (Vagotonia and hypoglycemic reactions).* Zwiększoną tolerancję ustroju na węglowodany jako jeden z charakterystycznych objawów wagotonji stwierdzili Eppinger i Hess w r. 1915, zwrócili oni również uwagę na hipoglikemję w chorobie Addisona jako na wyraz wagotonji. Harris Seale stwierdza, że przepracowanie sprowadza nieraz hypoglikemję czyli hyperinsulinizm. Według autora w całym szeregu przypadków objawy wagotonij występują u osobników w wieku średnim na tle przepracowania lub też na tle przewlekłych chorób zakaźnych albo częstych ostrych spraw zakaźnych; jako jeden z objawów wagotonji u osobników takich, zjawia się często hypoglikemja. Ludzie tacy, nie wykazujący objawów obarczenia psycho ani neuropatycznego ulegają naprzemian okresowo stanom wagotonji i sympatykotonji, czasem obydwa te stany występują jednocześnie. Są to ludzie, którzy prowadzili nader czynny tryb życia lub podlegali często ostrym chorobom zakaźnym, wskutek czego układ współczulny i gruczoły dokrewne uległy u nich wyczerpaniu. Jako wyraz wagotonji występuje u nich odczyn hypoglikemiczny, osłabienie ogólne, pocenie się nadmierne, bezsenność, drżenie i zły stan odżywienia, w połowie przypadków występuje również glikozurja pochodzenia nerkowego. Podstawowym czynnikiem leczniczym u takich chorych bywa wypoczynek zupełny, stosowanie ćwiczeń leczniczych zwiększa tylko osłabienie. Przemiana materji zasadnicza u tych chorych, początkowo wysoka, zniża się stopniowo i pozostaje stale na niskim poziomie.

J. Koelichen (Warszawa).

Archives of Internal Medicine.

V. 37. Nr. 1. 15. I. 1926.

J. B. Youmans, L. M. Warfield (Ann Arbor, Mich.). *Niedomoga wątroby w tyreotoksykozach.* Autorowie opierając się na spostrzeżeniach, że w przypadkach schorzeń gruczołu tarczowego z objawami thyreotoksykozy spotykano tak często zmniejszenie tolerancji na węglowodany wykonali czynnościowe badanie wątroby w przypadkach wymienionych. Okazało się, że jakkolwiek, w tych stanach można było niekiedy wykazać niedomogę wątroby, to jednak w szeregu przypadków badanych zmniejszenie tolerancji na węglowodany nie stało w związku przyczynowym z zaburzeniem czynności wątroby.

Lee Foshay (Cleveland). *Hyperglycemia.* U młodych chorych na cukrzycę spotykał autor w stanach przecukrzenia zwiększenie koncentracji krwi i wysuszenie tkanek. U starszych spotykał rozwodnienie krwi i brak wysuszenia tkanek.

Wnastępstwie tego u młodych przecukrzonych, zauważył zmniejszenie się zasadowości krwi ustępujące po insulinie.

U starych natomiast brakowało zmniejszenia zasadowości krwi za wyjątkiem przypadków komatycznych.

A. Landau, M. Fejgin (Warszawa). *O szczególnych postaciach zakażenia lasecznikiem duru brzusznego Ebertka.* Na podstawie przypadków autorowie wykazują, że dodatnia próba Widala w rozczynach nawet 1:400 i 1:800 z wysoką ciepłotą nie świadczy jeszcze stanowczo o durze brzusznym. Spotykali ją dodatnią także w zakażeniu durowem z lokalizacją w wątrobie i woreczku żółciowym. W tych stanach wykazywali we krwi leukocytozę natomiast brak wysypki i zmian w układzie chłonnym przewodu pokarmowego.

Co się zaś tyczy durowej leuko- i neutro-penji, to należy je odnieść nie do biologicznej właściwości zarazka lecz do lokalizacji tegoż w układzie chłonnym przewodu pokarmowego.

A. W. Master, Harold E. B. Pardee (New York). *Krzywa elektrokardjograficzna w schorzeniach mięśnia sercowego.* Autorowie obserwowali zachowanie się krzywej elektrokardjograficznej przy różnych zmianach anatomicznych w mięśniu sercowym.

Elektrokardjogram nieprawidłowy świadczyć może tylko o tem, że mięsień sercowy jest chory, zmian anatomicznych jednak zróżnicować nie może.

Elektrokardjogram prawidłowy świadczy o mięśniu sercowym prawidłowym. Przy wysiękowem zapaleniu osierdzia fala elektrograficzna ulega zmianie, a czas trwania odcinka Q-R-S może się przedłużyć o ile zapalenie przejdzie na mięsień sercowy.

---

*) W spisie nowych leków przyjętych przez „Council of Pharmacy of Chemistry" ameryk. tow. lek. (Americ. med. Assoc.) znajduję w tymże samym zeszycie: Arsphenamine — D. R. L. 0.3 gm. ampułki. Arsphenamine — D. R. L. 0.5 gm. ampułki. Neoarsphenamine — D. R. L. 0.15 gm. ampułki, sprawozd.

B. S. Clawson, E. T. Bell (Minneapolis). *Porównanie zapaleń wsierdzia.* Autorowie różnicują gośćcowe zapalenie wsierdzia od podostrego septycznego zapalenia:

Leukocytoza stanowi małą wartość rozpoznawczą. Ciężka wtórna niedokrwistość przemawia za tłem septycznem.

Zapalenie m. sercowego spotykane sekcyjnie jest częstsze w ostrym gośćcu stawowym. Zapalenie wsierdzia występuje jednakowo często przy *endocarditis rheumatica* jak i *septica subacuta.*

Częstość zawałów w przypadkach septycznych zależy od stopnia zajęcia zastawek. *Endocarditis parietalis* bywa w obu przypadkach, zaś w septycznym jest rozleglejsze.

Doświadczalnie można wywołać *endo-* i *myocarditis rheumatica* u królików przez wstrzykiwanie streptokokków.

E. Andrews (Chicago). *Wodna przemiana materji.*

Janus E. Paullin (Atlanta). *Cukromocz nerkowy.* Wykazuje doświadczalnie, że chorzy dotknięci cukromoczem nerkowym, okazują prawidłową przemianę materji węglowodanowej.

F. A. Cajori, C. J. Crouter, R. Pemberton (Philadelphia). *Fizjologja płynów stawowych.* Autorowie porównywali chemiczny skład krwi i płynów stawowych surowiczych.

W tym celu oznaczali cukier, kw. mlekowy, azot niebiałkowy, kw. moczowy, sole i popiół we krwi i w płynach wymienionych. Okazało się, że stężenie tych ciał w płynach stawowych surowiczych zachowuje się podobnie jak we krwi. Przez podawanie cukru doustnie wykazali przyrost poziomu cukru także i w płynach stawowych. Natomiast czynniki zmieniające stosunek zasadowo-kwasowy we krwi *(acid-base equilibrium)* pozostały bez wpływu na skład chemiczny płynów stawowych.

S. Kasanin, G. P. Grabfield (Boston). *Krzywa cukru we krwi w przypadkach zapalenia mózgu.* W 17-tu przypadkach nagminnego zapalenia mózgu, tak w przebiegu jakoteż i po chorobie stwierdzono bardzo silne odchylenie krzywej poziomu cukru we krwi od wartości prawidłowych. Niewątpliwie w przypadkach powyższych mamy do czynienia z poważnem zaburzeniem przemiany węglowodanowej w ustroju.

Z. Tomanek (Lwów).

Deutsche Zeitschrift für die gesammte gerichtliche Medizin. VI. T. 5 Z.

Ipsen: *O ile czas ogranicza wykazywanie chemiczne fosforu?* Na podstawie własnych obserwacyj i doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że mimo, iż próby na fosfor (Mitscherlicha, Dussarda i Blondlota), jak to liczni autorowie podają, zawodzą przy późnych badaniach, to jednak nie należy ich nigdy zaniedbać przy obdukcjach zwłok osób, zmarłych w następstwie otrucia, mimo, iż sekcji nie dokonuje się zaraz.

Należy jednak prócz badań żołądka, jelit, wątroby, nerek, mózgu i wydalin badać zawsze krew, której badanie przeważnie się pomijało. Autorowi nawet po 12 miesiącach udało się wykryć fosfor w 20 cm³ krwi, do której dodano główkę jednej zapałki, a nawet tylko część główki ,a więc krwi, zawierającej tylko ułamki miligrama fosforu.

Takasaka: *O wylewach krwi w płucach przy ostrem otruciu tetrachlormetanem.* Od czasu zastosowania przez Maurice'a w Ameryce (1921) tetrachlormetanu ($C Cl_4$) przy tęgoryjcu psów a potem u ludzi, zaczęto też obserwować liczne objawy uboczne przy jego stosowaniu i to ze strony przewodu pokarmowego, systemu nerwowego, krążenia itd. Wyniki sekcji 5-ciu dotychczas opisanych przypadków śmierci były albo ujemne, albo też wykazywały zwyrodnienia narządów miąższowych, lub też zmiany w przewodzie pokarmowym i sercu. Autor zauważywszy u jednej pacjentki po podaniu tetrachlormetanu krwotok płucny, rozpoczął cały szereg doświadczeń na królikach, którym podawał ten środek i przekonał się, że stale przy sekcji tych zwierząt stwierdzał wylewy krwawe do miąższu płucnego, które także spostrzegał u królików, które nie zginęły natychmiast po zastosowaniu tego środka. Intenzywność tych wylewów krwawych zależała od wielkości dawki i od szybkości zejścia śmiertelnego. Przy dokładniejszem badaniu płuc tych zwierząt, stwierdził autor w ich naczyniach krwionośnych hemolizę. Jako przyczynę tych krwotoków, uważa skazę krwotoczną, wywołaną uszkodzeniem ścian kapilarów przez tetrachlormetan, która prowadzi do diapedezy krwi i która łatwiej następuje wobec hemolizy. Pęknięć naczyń nigdzie nie stwierdził. Prócz wylewów krwawych do płuc, które są typowe przy obrazie sekcyjnym tego zatrucia, stwierdzał autor niejednokrotnie zmiany miąższowe i tłuszczowe w wątrobie, nerkach, sercu oraz zwyrodnienie komórek zwojowych.

Strassmann: *Długotrwałe stężenie pośmiertne?* Stężenie pośmiertne, jak wiadomo z piśmiennictwa, może trwać nawet kilka tygodni po śmierci czasami jednak można za nie wziąć mylnie procesy wysychania i kurczenia się, które też mogą powodować sztywność członków. Autor stwierdził u dziecka 2 i ½ miesięcznego, pogrzebanego przed 80 dniami znaczną sztywność kończyn dolnych, nieco ugiętych w stawach kolanowych; sztywność tę jednak tłumaczy wysychaniem a nie stężeniem pośmiertnem, mimo, że tkanka mięsna była wcale dobrze utrzymana. Przy ekshumacji tego dziecka udało się też autorowi, wykazać zarówno makro- jak i mikroskopowo zapalenie płuc, przyczem przy badaniu skrawków najlepszą okazała się metoda barwienia Weigerta po poprzedniem zabarwieniu lithion-karminem.

Lochte: *Przyczynek do oceny sadowo-lekarskiej leczenia przez głodówkę.* Kupiec, l. 52, klinicznie zdrowy, udał się do prywatnego sanatorjum, celem przeprowadzenia tam głodówki. Po zbadaniu przez lekarza, ten zastosował u niego to leczenie, i pacjent przeprowadzał je przez 6 tygodni, spożywając tylko łyżkę stołową dziennie kleiku i pijąc lemoniadę; podczas tego leczenia stracił 42,5 funtów wagi, tak, że ostatnia jego waga wynosiła 100 funtów. Po upływie tego czasu wystąpiły u chorego skurcze mięśniowe, następnie, mimo podania obfitego pożywienia bezprzytomność, zwężenie źrenic, poty, wreszcie po 10-ciu dniach choroby śmierć. Wobec tego, iż lekarz miał podejrzenie na otrucie, wykonano sekcję zwłok, i badanie chemiczne wnętrzności, które wypadło ujemnie, sekcja zaś wykazała stan głodowy z tego więc powodu oskarżono lekarza sanatorjum o winę. Autor, który pełnił funkcję znawcy w tej sprawie, uznał winę lekarza, gdyż w sanatorjum nie prowadzono ściśle zapisków ile chorzy dziennie spożywali, również nie indywidualizowano ściśle tego leczenia, lecz stosowano je w każdym przypadku. Obwiniony lekarz nie podaje również, jak długie leczenie jest wskazane w poszczególnych przypadkach i kiedy należy zacząć racjonalne odżywianie. Sekcja zwłok, prócz stwierdzenia wyniszczenia dała wynik zupełnie ujemny, również jak i badanie chemiczne i histologiczne, objawy zaś kliniczne wraz z wynikiem sekcji przemawiają w znacznym stopniu za śmiercią w następstwie zagłodzenia. Lekarz obwiniony przypisuje przyczynę śmierci gorącym kąpielom, które, mimo jego zakazu stale denat stosował, choć to nie może wystarczyć jako przyczyna śmierci. Co do znaczenia leczniczego głodówki, to autor słusznie twierdzi, że wie się napewno, iż pewne tkanki zużywają się podczas głodzenia, ale nie wiadomo zupełnie, czy zużywają się wtedy tkanki chore, jak twierdzą zwolennicy głodówek. Obwiniony lekarz, powołując się na piśmiennictwo twierdzi, iż początki gruźlicy można wyleczyć przez głodówkę w przeciągu 4 tygodni, jednak spostrzeżenia z czasów wojennych są wprost przeciwne. Nie można zaprzeczyć, że czasami głodzenie jest połączone z niebezpieczeństwem, podczas gdy racjonalne odżywianie nigdy szkody nie przynosi.

Pietrusky: *Badania doświadczalne nad działaniem prądów elektrycznych o średniem i silnem napięciu na żywy ustrój.* Autor wykonawszy liczne doświadczenia na świnkach morskich i królikach, poddając je działaniu prądu stałego o 220 Woltach i prądu zmiennego 50-fazowego przekonał się, że prądy te o natężeniu 0,1 Ampera powodowały śmierć zwierząt, natomiast prądy zmienne o wysokiem napięciu (do 3 tysięcy Woltów) i o natężeniu 4 Amperów nie były śmiertelne. Miarodajnem dla działania śmiertelnego prądu zmiennego jest wzajemny stosunek napięcia, natężenia i częstości prądu. Co do zmian anatomo-patologicznych u czterech ludzi, zabitych przez prąd i u zwierząt doświadczalnych, to oprócz różnorodnych, już poprzednio spostrzeganych zmian na skórze opisał autor figurę promienistą w miejscu wyjścia prądu, gdzie naczynie krwionośne przechodzące w tem miejscu znacznie się zwężą, również to zwężenie naczyń krwionośnych zauważył przy przepuszczaniu prądu stałego o 220 Woltach przez tkanki (sieć). Tem też można wytłumaczyć powstanie obrzęku elektrycznego, a mianowicie w następstwie miejscowego skurczu naczynia i zwiększonej przepuszczalności jego ścian. W narządach wewnętrznych, stwierdził autor przekrwienie, często drobne wynaczynionki. W 4-ch przypadkach po zadziałaniu prądu stałego o 220 Woltach stwierdził autor w okolicy koniuszka serca wylew krwawy z okrągłym ubytkiem nasierdzia, wielkości główki od szpilki. Mikroskopowo znalazł autor nekrozę kollikwacyjną przy przyczepie jednej zastawki aorty, wylewy krwawe w tej okolicy, ogniska nekrotyczne w mięśniu sercowym, kryształki barwika krwi w komorach serca, rozerwanie mięśnia sercowego. Przy bezpośredniem zadziałaniu prądu stałego o 220 Woltach na nerw i mięsień zwierzęcia w narkozie, stwierdził autor zatarcie charakterystycznej budowy.

Reinheimer: *Przegląd krytyczny obecnego stanu wykazywania indywidualnego krwi dla celów sądowych.* Na podstawie obszernego piśmiennictwa autor zbiera obecny stan izohemaglutynacji w następujących punktach:

Izoaglutynacja opiera się na pewnych podstawach. Ze znaczna pewnością można twierdzić, iż są tylko 2 rodzaje izoaglutynin i izoaglutynogenów, jak również i to, że grupy krwi za życia się nie zmieniają. Jest pewne, że grupy krwi dziedziczą się według prawa Mendla, a więc można na tej podstawie wyciągać wnioski ważne dla medycyny sądowej. Wykazanie pokrewieństwa przez

izohemaglutynację udaje się tylko w ¼ części przypadków. Ślady krwi i krew zwłok zachowują niedługo swe własności specyficzne.

Hellstern: *Przyczynek do psychopatologji przestępców*. Autor podaje kilka swych spostrzeżeń na podstawie dłuższej obserwacji więźniów i szczególną uwagę zwraca na fakt, iż wielu przestępców staje się właściwymi zbrodniarzami dopiero przez pobyt w więzieniu i obcowanie z nałogowymi przestępcami.

Szulisławska (Lwów).

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok III, Nr. 8. z 31 sierpnia 1926: B. Pieczenko: O działaniu pierwotniaków pasorzytniczych na ustrój gospodarza. — R. Markuszewicz: Urojenie chrztu w związku z kompleksem kazirodczym w przypadku schizofrenji. — I. Goldfeil: O rozpoznawaniu i leczeniu poszczególnych postaci nadmiernego ciśnienia krwi. — W. Arkin: O zachowaniu skroniowego półksiężyca w polu widzenia przy jednościennem niedowidzeniu połowiczem. — B. Wejnert: Częstość raka wśród innych cierpień żołądka. — B. Karbowski: Narządy kamyczkowe i rola ich w układzie statycznym (dok). — H. Kramsztyk: W sprawie kombinowanego leczenia wapnem i witaminami u dzieci. — H. Higier: Oszczędne, a racjonalne przepisywanie lekarstw. — Cz. Wroczyński: Organizacja służby zdrowia w Jugosławji.

Ginekologja polska, Tom V, zeszyt IV—VI, (kwiecień-czerwiec) 1926: Nekrolog ś. p. Antoniego Hołówki. — Fr. Krzyształowicz: W sprawie roli skóry w ustroju. — J. Zubrzycki: W sprawie nadpochwowego odcięcia macicy drogą brzuszną. — K. Wiślański: Sympus apus. — St. Beck: O zewnętrznem przekręceniu główki podczas porodu. — A. Garbień: Tak zwane samoistne miesaki mnogie bańkowe (Kaposiego) sromu. — J. Bajoński: Bacillus vaginalis, czy lacticus. — Fr. Ks. Gawroński: Carcinoma granuloso cellulare i jego działanie wewnętrznowydzielnicze. — H. Zborowski: O stężeniu jonów wodorowych we krwi kobiet z rakiem narządów rodnych. — St. Altkaufer: Opatrunki przezroczyste aseptyczne własnego pomysłu. — L. Lorentowicz: O leczeniu chorób kobiecych krajowemi kąpielami borowinowemi. — W. Wysocki: Przypadek porodu dziecka ze szwem strzałkowym w poprzecznym wymiarze miednicy. — M. Zweigbaum: Notatki językowe i terminologiczne.

Lekarz polski Rok II, Nr. 9. z 1 września 1926: I. Bujalski: Błędne drogi. — S. Mikołajski: Polska deontologja zdrojowa. — I. Skrobiszewski: Anarchja czy demokracja? — K. Koronkiewicz: Zagadnienia sanitarne na kolejach. — W. Grzywo-Dąbrowski: Pourazowe ropnie mózgu i ich znaczenie sądowo-lekarskie. — Jan W-i-Cui bono?. — T. De-Leopoli: Pomoc lekarska Magistratu lwowskiego, a obowiązek należenia do Kasy chorych. — Nemo: Lekarze a bezrobotni.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, N. 36, z 5 września 1926 Biologiczne oznaczanie dobroci leków. — M. P.: Badanie miodu. — Z praktyki zawodowej.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe w dniu 19 marca 1926 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki, obecnych 96 członków.

1. Na wniosek kol. Zielińskiego postanowiono nie odczytywać ze sprawozdań z poprzedniego posiedzenia autoreferatów.

2. Kol. Ziembicki zawiadamia, że w styczniu r. b. odsłonięto w Wojskowej Szkole Sanitarnej w Warszawie portret ś. p. prof. Dmochowskiego. Z. pokazuje podobiznę portretu objaśniając, że malarz uchwycił moment, gdy zmarły profesor na łożu śmierci zdaje egzamin z regulaminu służby wojskowej w polu.

3. Kol. Laskownicki przedstawia przypadek a) *uchyłku pęcherza moczowego*. Chora przysłana do kliniki z rozpoznaniem: guz w okolicy pachwinowej prawej, nie stojący w związku z narządami rodnemi. Ponieważ chora skarżyła się na dolegliwości przy oddawaniu moczu spuszczono mocz cewnikiem, przyczem okazało się, że mocz jest lekko mętny. Po badaniu dwuręcznem guza *per vaginam* mocz silnie mętny. Cystoskopja wykonana wykazuje *diverticulum*, którego ujście znajduje się na bocznej prawej ścianie pęcherza około 2 cm. za ujściem moczowodowem prawem. Zasondowano *diverticulum* cewnikiem moczowodowym i po wypełnieniu pęcherza i *diverticulum* roztworem *natrii bronati* 30% wykonano zdjęcie roentgenowskie. Na zdjeciu widać *divertulum* wielkości 1½ orzecha włoskiego.

b) Przedstawia *zdjęcia przednio-tylne i skośno-boczne pęcherza, wypełnionego środkiem kontrastowym w przypadku raka pęcherza;*

c) przedstawia *preparat guza nerki lewej*. U chorej tej nerka prawa wydzielała indygokarmin wstrzyknięty śródżylnie po 2 min., nerka lewa nie wydzielała po 15 min., natomiast wydzielała ropę. Po zasondowaniu obu moczowodów wykazało badanie czynnościowe dobrą funkcję nerki prawej, nerka lewa nie wydziela prawie nic. Pyelografja wykazuje zagięcie bagnetowate moczowodu lewego na wysokości *promontorium*, cewnik moczowodowy sięga do wysokości zagięcia. Miedniczka kształtu kulistego, kielichy nie wypełnione. Słabe wypełnienie miedniczki odnosiliśmy do niemożności zasondowania jej powyżej zagięcia i niemożności dokładnego wypełnienia jej środkiem kontrastowym, wobec tego zaś, że nerka wydzielała płyn ropny, *rozpoznano zakażone wodonercze*. Przy operacji, wykonanej w znieczuleniu lokalnem Brauna, okazało się, że mamy do czynienia *z guzem nerki*, wielkości głowy, który udało się po otwarciu *peritoneum* z trudnością wyłuszczyć. Na preparacie widzimy guz w centrum rozmiękły, ognisko rozmiękczenia komunikuje z miedniczką. Z nerki pozostały jedynie część bieguna dolnego i górnego, usadowione na dole i górze guza. Badanie histologiczne wykazuje czysty *włókniak nerki*, w tkance nerkowej pozostałej obraz przewlekłego zapalenia ze zwyrodnieniem kłębków nerkowych.

4. Kol. Hilarowicz przedstawia: a) *preparat mięsaka kości strzałkowej*, operowanego w bardzo wczesnym okresie rozwoju; w przypadku tym roentgenolog doradzał naświetlanie i występował stanowczo przeciw operacji. Operacja (Prof. Schramm) wykazała jednak, że nowotwór dał się bardzo łatwo wraz z częścią strzałki w zdrowych granicach usunąć, badanie zaś drobnowidowe stwierdziło mięsaka wrzecionowato-komórkowego z dążnością do wytwarzania tkanki chrząstkowej (*sarcoma chondroplasticum*), wychodzącego z okostnej, a jako takiego bardzo dostępnego leczeniu promieniami Roentgena. Pokaz preparatu drobnowidowego.

b) *Preparat wyciętego żołądka*, pochodzący z kobiety 60 l., w którym badanie drobnowidowe wykazało zmiany charakterystyczne dla *zwłóknienia żołądka (linitis plastica)*. Wobec wykluczenia tła kiłowego oraz nowotworowego, przypadek ten należy zaliczyć do przypadków *linitis sui generis*, przyczem za przyczynę zmian nie można uważać ani zastoju, ani zapalenia ropnego ścian żołądka. Pokaz preparatu drobnowidowego.

c) *Preparat operacyjny wrzodu trawiennego jelita czczego*, który powstał w 3 lata po zespoleniu żołądkowo-jelitowem, wykonanem w klinice z powodu wrzodu dwunastnicy. Operacja polegała na wycięciu części odźwiernikowej wraz z zespoleniem, przyczem stwierdzono drążenie wrzodu ku ścianie okrężnicy. Pozostałą część żołądka połączono z jelitem końcowo-bocznie, a doprowadzające ramię złączono bocznie z odprowadzającem nieco poniżej ujścia żołądka. (Prof. Schramm). Przypadek skończył się śmiertelnie (*pneumatosis cystoides intestinorum na sekcji*. Mówca omawia sprawę częstości występowania wrzodu trawiennego jelita czczego po resekcjach w porównaniu z częstością tegoż po zespoleniu. Przypadki zestawione przez Galperna w liczbie 44, które mają świadczyć o równej częstości jednych i drugich nie wszystkie mają wartość dowodową, gdyż jest wśród nich kilka nawrotów po operacji Rydygiera, kilkanaście recydyw wrzodu trawiennego pooperacyjnego, który wystąpił po raz pierwszy po zespoleniu, oraz wiele przypadków małych resekcyj samego tylko odźwiernika; ilość przypadków wrzodu trawiennego jelita po dużych resekcjach, wykonanych pierwotnie jest więc w istocie bardzo mała. Za najpewniejsze zabezpieczenie przed tem powikłaniem uważać należy operację, sprowadzającą zdolność trawienną pozostałej części żołądka do minimum, t. j. wycięcie całej części odźwiernikowej wraz z pasem granicznym trzonu. Zespolenie żołądkowo-jelitowe wykonane w przypadkach wrzodu odźwiernika lub dwunastnicy z zupełnem ich zwężeniem jest do pewnego stopnia równoważne z wyłączeniem odźwiernika, operacją powodującą bardzo często wrzody jelita czczego i dlatego powinno być możliwie ograniczone. Jak wynika ze statystyki kliniki lwowskiej wrzód trawienny jelita wystąpił po zespoleniu w 4·4%, w tym samym zaś czasie po resekcjach, wykonanych w ilości dwukrotnie większej nie zjawił się w ani jednym przypadku; twierdzenie, że zjawia się po zespoleniu i po resekcji równie często, nie da się utrzymać.

W dyskusji kol. Schramm nad przypadkiem *mięsaka kości strzałkowej* zaznacza, że jest to przypadek wyjątkowy, w którym djagnoza wcześnie była postawiona. Roentgenolog rozpoznał, *sarcoma centrale*, przyczem dodał „nie operować!!“. Mówca nie zgadza się z tem stanowiskiem roentgenologa, który winien odwrotnie położyć nacisk na wykonanie najszybszej operacji. W cza-

się operacji okazało się, że nowotwór wychodził z okostnej. Zrobiono operację, wycinając guzek wraz z strzałką naokoło, daleko od granicy mięsaka.

Kol. Meisels w sprawie tegoż pokazu zaznacza, że widział ten przypadek i osobiście przyjąłby *sarcoma periostale*, co operacja potwierdziła. Mówca był zdania, że zabieg operacyjny jest wskazany, wyraził jednak wątpliwość, czy to nie jest przerzut. Co się tyczy stanowiska roentgenologa, czy należy doradzać operację, czy też nie, zaznacza, że do naświetlań przeznacza się najgorsze przypadki, a potem wskazuje się roentgenologom na złe wyniki naświetlań, tymczasem sprawy nowotworowe świeże z małemi zmianami przeznacza się do operacji.

Kol. Janusz w sprawie pokazu b) kol. Hilarowicza przestrzega przed używaniem bałamutnej nazwy *„linitis plastica"* sztucznie wytworzonej ze słów greckich, a którą zresztą autorowie wciąż jeszcze powszechnie używają tak do przypadków pochodzenia zapalnego, jak i do przypadków pochodzenia rakowego. Słuszniejszem jest z tego względu wobec stwierdzenia zmian drobnowidowych używać w tym przypadku nazwy zwłóknienia, bądź szeregu innych podobnych określeń zestawionych w ostatniej naszej wspólnej pracy z kol. Lachmundem, bądź nazwy wtedy jeszcze nie uwzględnionej, a mianowicie *cirrhosis hyperplastica*.

Kol. Lachmund omówił kilka własnych przypadków *linitis plastica*.

5. Kol. W. Janusz przedstawia a) *preparat jelit cienkich i grubych* oraz skrawki błony śluzowej żołądka, wykazujące niezwykły *obraz daleko posuniętej odmy pęcherzykowej podsurowicowej całego przewodu pokarmowego*. Preparat ten pochodzi z przypadku omawianego przed chwilą przez przedmówcę poprzedniego. Odma pęcherzykowa nie jest w całem znaczeniu tego słowa chorobową jednostką nozologiczną, a raczej tylko zmianą, w której najbardziej znamiennem jest spostrzegane gromadzenie się gazów w szczelinach i naczyniach, co powoduje rozdęcie tych przestrzeni do postaci torbielkowatych. Francuzi nazywają tę zmianę *lymphopneumatose kystique*. Majer opisał w r. 1823 spostrzeganą tę zmianę po raz pierwszy u świni, nadając jej nazwę *pneumatosis cystoides intestinorum*, która, jako nazwa klasyczna, utrzymuje się po dziś dzień w piśmiennictwie niemieckiem. Znana jest ona również ginekologom, którzy spostrzegali ją u kobiet ciężarnych. U żywego człowieka po raz pierwszy podobną zmianę spostrzegał Hahn w r. 1899. Zmiany omawiane zasługują na uwagę nie tyle ze względu na korzyści dla medycyny praktycznej, ile ze względu na rzadkość jej występowania, która uderza każdego, kto miał sposobność ją spostrzegać. W przypadku przedstawionym stwierdzono na całej rozciągłości przewodu pokarmowego szereg groniastych pęcherzyków gęsto usadowionych obok siebie pod otrzewną jelitową a także miejscami pod otrzewną ścienną. Patogeneza tych zmian tłumaczy się dwiema zasadniczemi teorjami: według teorji mechanicznej powstaje ona w związku z przenikaniem do szczelin tkankowych powietrza bezpośrednio ze światła jelit pod wpływem wzmożonego ucisku; według drugiej teorji-drobnoustrojowej, przychodzi do przenikania wgłąb tkanek drobnoustrojów z rodzaju *bact. coli*, które są zdolne wytwarzać gazy. Według pierwszej teorji występują powyższe zmiany najczęściej przy jednoczesnem stwierdzeniu wrzodu żołądka lub dwunastnicy a rzadziej wikła ona owrzodzenia gruźlicze przewodu pokarmowego.

Masson ostatnio w r. 1925 wypowiada się przeciwko wymienionym teorjom, jak również przeciw teorji jednostajnego pożywienia, wysuniętej przez przedstawicieli anatomji weterynaryjnej i przypuszcza, że przebieg powstawania odmy pęcherzykowej jest sprawą nader złożoną i polega na wchłanianiu się przez dłuższy czas CO_2 oraz stałych kwasów (n. p. kwasu mlecznego) przez błonę śluzową jelit do naczyń chłonnych, gdzie z powodu zasklepienia się pewnych części tych naczyń przychodzi pod wpływem kwasów fermentacja samej chłonki i wytwarzanie się CO_2, ilość którego to gazu wzmaga się nadto przez dyfuzję ze strony naczyń krwionośnych i chłonnych. W ten sposób przychodzi do gromadzenia się gazu i wytwarzania rozdęć torbielkowatych. W tem świetle rzucona przez mówcę na minionem posiedzeniu oryginalna myśl powiązania występowania odmy pęcherzykowej w związku z toksycznemi substancjami, wydzielanemi przez glisty ludzkie, nabiera większego znaczenia. Skuteczne wyniki, opisywanego wyleczenia tej zmiany chorobowej za pomocą wykonanej, niekiedy nawet laparatomji próbnej, tłumaczy się powstającym stanem zapalnym, który powoduje zarośnięcie — obliterację przestrzeni, wypełnionych gazami.

b) Przypadek jednoczesnego stwierdzenia *starej gruźlicy serowatej gruczołów śródpiersia i gruźlicy prosówkowej płuc oraz świeżej postaci ziarnicy złośliwej w gruczołach zaotrzewnowych*, stwierdzonych badaniem histologicznem. Pokazywana śledziona makroskopowo wyglądem przypomina obraz śledziony porfirowej, jednak badanie histologiczne w wyciętych skrawkach tego narządu wykazało utkanie gruźlicze — serowate. Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie ze względu na nieustaloną wciąż jeszcze dotychczas etjologię ziarnicy złośliwej, a przypadek ten dosadnie przemawia za panującym powszechnie poglądem o pochodzeniu jej w związku z laseczkiem gruźliczym o osłabionej jadowitości. Badacz Much'a w kilku przypadkach w utkaniu gruczołowem u chorych z ziarnicą złośliwą stwierdził obecność ziarenek, które uważa on za odłamki laseczki gruźliczej. Należy przypuszczać, że ustrój ludzki nie jest zdolny oddziaływać na przetwory tego osłabionego laseczka pod postacią znanego nam zapalenia gruźliczego a odpowiada nań swoiście w postaci szybkiego rozrostu komórkowego. Za tym poglądem o pochodzeniu gruźliczem przemawiać może również w swoim czasie spostrzegany przez mówcę przypadek sekcyjny ziarnicy złośliwej, w którym nadto stwierdzono rozlaną skrobiawicę wszystkich narządów miąższowych.

c) Przedstawia *mózgowie 5-letniego chłopca z wylewami krwawemi w substancji podkorowej obu półkul*, jako przyczynę zejścia klinicznie rozpoznawanych jednocześnie błonicy i płonicy, a nadto sekcyjnie stwierdzono ropne zapalenie ucha środkowego obustronne, w następstwie czego przyszło do powstania zakrzepów zakażonych zatok sierpowatych oraz zakrzepienia wszystkich żył powierzchownych opon miękkich sklepienia mózgu. Obie wspomniane choroby, wybiórczo działające na ściany naczyniowe, powodowały niewątpliwie najpoważniejsze zmiany samej błony wewnętrznej naczyń a wobec stwierdzonych daleko posuniętych zmian wstecznych w mięśniu serca, które powodowały słabszą czynność jego oraz zwolnienie prądu krwi, mogło tem łatwiej prowadzić do powstania zakrzepów i wylewów krwi do substancji podkorowej. W lewej półkuli stwierdza się dookoła wylewu wielkości jaja gołębiego, wybitniejszego stopnia rozmiękanie substancji mózgowej. W prawej zaś półkuli nie przyszło jeszcze do tych zmian rozmiękczynowych na dowód późniejszego pochodzenia wylewu krwawego. Byłoby to niezwykłe powikłanie obydwu tych schorzeń, rzadko opisywane w piśmiennictwie lekarskiem.

d) *Preparat sztucznej pochwy*, wytworzonej na drodze operacyjnej z jelita cienkiego, u młodej kobiety, która zmarła wśród objawów ogólnej posocznicy. Na sekcji stwierdzono przebicie urazowe ściany sztucznej pochwy w najbliższem otoczeniu jej wejścia, które spowodowane zostało przedwczesnem dopuszczeniem się *coitus'a* bez zezwolenia lekarza operatora. Chora podstępnie wymknęła się ze szpitala celem spotkania się z mężem. Po upływie kilku godzin powróciła, zataiwszy aż do chwili śmierci dopuszczony stosunek. W miejscu przebicia stwierdza się nadwerężoną ścianę większego naczynia żylnego oraz tkwiący rozległy zakrzep zakażony, a nadto w obydwóch płucach liczne ropnie przerzutowe. Śledziona wykazywała obraz śledziony posocznicowatej a w innych narządach miąższowych stwierdzono daleko posunięte zmiany wsteczne. W badaniu histologicznem w wyciętych skrawkach tej sztucznej pochwy stwierdził mówca, że warstwa gruczołowa jest wybitnie ścieńczała, gruczoły są w zaniku i pozbawione są nabłonka przykrywkowego, warstwa podśluzowa również ścieńczała, mięśniówka podśluzowa także ścieńczała a natomiast mięśniówka zewnętrzna a raczej warstwa surowicówki jest wybitnie zgrubiała i okazuje nawet już pewien stan zwłóknienia.

6. Kol. Lachmund przedstawia 2 przypadki z oddziału chirurgicznego Szpitala operowane przez prof. Ostrowskiego, zasługujące na uwagę ze względu na technikę oraz wynik operacji.

a) *Przypadek raka części głowy trzustki przechodzący na dwunastnicę* u chorej 44-letniej, u której od 2 miesięcy wystąpiły objawy żółtaczki z stale postępującem charłactwem. Laparatomia wykazała ogromnie rozdęty woreczek żółciowy, wypełniony zastoinową żółcią w ilości ½ litra oraz znaczne rozszerzenie przewodu żółc. wspólnego. Przeszkodę w odpływie żółci stanowił nowotwór głowy trzustki przechodzący na dwunastnicę w okolicy brodawki Vatera oraz przewód żółc. wspólny. Operacja polegała na uruchomieniu dwunastnicy i wycięciu części głowy trzustki oraz dwunastnicy wraz z ujściem przewodu żółc. wspólnego i trzustkowego.

Do przewodu żółc. wspólnego założono dren gumowy i wprowadzono go po częściowem zaszyciu wielkiego ubytku dwunastnicy w pozostawiony na ten cel w niej otwór, w który również wszczepiono kikut głowy trzustki, poczem zaszyto jako ochronę szwu opróżniony z żółci woreczek, uzyskując tem samem doskonałe zaotrzewnowanie. W miejsce to założono seton, który usunięto po tygodniu. Przebieg pooperacyjny dobry, żółtaczka stopniowo ustąpiła, stan ogólny chorej się poprawił.

W porównaniu z operacją Kauscha (1909) który w przypadku nowotworu brodawki Vatera oraz części głowy trzustki wszczepił po wycięciu całego odcinka dwunastnicy głowę trzustki w otwarte światło dwunastnicy po uprzedniem założeniu Gastroenterostomji i Cholecystenterostomji, zabieg u tej chorej był o wiele mniej skomplikowany i lżejszy, czemu przypisać należy dobry wynik operacji.

b) *Przypadek padaczki typu Jacksona*, która wystąpiła u dziewczyny 18-letniej po przebyciu sprawy zapalnej mózgu w dzieciństwie *(Polioencephalitis infantilis)* z następowym niedowładem prawej połowy ciała. Ostatnio stan jej tak pogorszył się, że ataki uogólnionych drgawek powtarzały się nieustannie, dając obraz stanu padaczkowego.

U chorej wykonano kostnowytwórczą trepanację po str. lewej osłaniając po nacięciu na krzyż opony twardej i oddzieleniu zrostów jej z kora w okolicy górnej części zwoju środkowego przedniego, gdzie stwierdzono dwa ogniska sklerotyczne wielkości 2 groszówki. Zmienione chorobowo części kory wycięto, częściowo zaszyto oponę, poczem przyszyto płat kostno-skórny.

Wynik operacji był natychmiastowy, stan padaczkowy ustąpił, dotychczas ataki nie powtórzyły się.

Mowca przedstawia statystykę Krausego, oraz podkreśla ważność wycinania zmienionych w tych przypadkach części kory mózgowej.

W dyskusji Kol. Griffel wyjaśnia przypadek, który był dłuższy czas leczony na oddziele prymarjusza Domaszewicza. Mianowicie chora przechodziła przed 15 laty *polioencephalitis*, po której stale występuje niepokój motoryczny, najczęściej po stronie porażonej. Niepokój ten ujawnia się przeważnie w atetozie, a bardzo często w pląsawicy lub epilepsji. Ani jedna z tych komplikacyi nie oszczędziła chorej, przy czem atetoza była stale przez 15 lat, a *chorea* wystąpiła tamtego roku, epilepsja zaś obecnie. *Chorea* wystąpiła po części nieporażonej, po pewnym jednak czasie ustąpiła. Epilepsja ujawniła się u chorej w postaci groźnego *status epilepticus*, pierwszy raz przed 3 miesiącami, wówczas przeszedł, pozostawiając stale występowanie napadów co kilka dni. Obecnie wystąpił poraz drugi groźny dla życia *status epilepticus* wobec czego przeznaczono chorą do operacji, której wykonanie opisał kol. Lachmund. Leczenie operacyjne epilepsji jako następstwa *polioencephalitis* ma znaczenie przeważnie paljatywne. zmiany bowiem są zbyt rozległe i głębokie i ujawniają się jako *microgyria, porencephalia*, względnie w postaci *cyst* w oponach i w mózgu. Stałe wyleczenie po operacji jest ogromnie rzadkie. Może w tym demonstrowanym przypadku uda się zapobiec atakom epileptycznym na czas dłuższy, ze względu, że tutaj być może zmiany są mniej rozległe, gdyż już blisko miesiąc niema ataków, a sama epilepsja wystąpiła stosunkowo późno po pierwotnem schorzeniu.

Kol. Laskownicki podaje, że prof. Schramm operował podobny przypadek epilepsji z oddziału prym. Domaszewicza. W przypadku tym nastąpiło zupełne wyleczenie.

W sprawie przedstawionego przez kol. Lachmunda przypadku raka części głowy trzustki, przechodzącego na dwunastnicę wywiązała się dyskusja, w której zabierali głos kol. Barącz, Laskownicki i Lachmund.

7. Kol. Chrapek przedstawia przypadek *ropnia opłucnowego na tle gruźlicy* u chłopca 17-letniego, u którego kilkakrotna punkcja z przepłukiwaniem i wyciągnięciem nerwu przeponowego pozostały bez wyniku, natomiast thorakoplastyka zewnętrzna z wycięciem 6-ciu żeber łącznej długości 90 cm. dokonana bezpośrednio po dokładnem wypuszczeniu płynu drogą nakłucia doprowadziła do zupełnego wyleczenia.. Połączenie dwu czynników operacyjnych phrenicoexairezy i torakoplastyki mówca uważa za bardzo korzystne, ponieważ płuco względnie worek opłucnowy ulegają dokładniejszemu unieruchomieniu i uciskowi.

W dyskusji kol. Węgrzynowski podaje, że obserwował 11 przypadków tego rodzaju ropni opłucnej; we wszystkich tych przypadkach stosowano przepłukiwanie roztworem kwasu salicylowego 2,0:1000,0; przy płukaniu należy przestrzegać, że wkłucie winno być zrobione bardzo wysokie. Z 11 obserwowanych przypadków w 4 — nastąpiło wyleczenie, w pozostałych otrzymano złe wyniki, wytwarzały się ropnie opadowe.

8. Kol. Demianowska wygłasza *„Sclerosis multiplex u rodzeństwa"*. Mówczyni przedstawia rodzinne występowanie sklerozy w 2 przypadkach. raz u sióstr, a raz u siostry i brata. Typowy obraz kliniczny, przebieg z remisjami i wiek chorych wykluczają omyłkę djagnostyczną. Przypadki zasługują na uwzględnienie ze względu na rzadkość występowania *sclerosis multiplex* rodzinnie, tak, że w literaturze z uwzględnieniem przypadków demonstrowanych tylko znajduje się około 40 publikacyj i te nie wszystkie są zupełnie pewne. Zwolennicy tak ekto- jak i endogennego pochodzenia stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia poszukują za przypadkami temi dla poparcia swych teoryj. Nasze obserwacje nie mogą być rozstrzygające dla żadnej teorji, a rzadkość występowania tego schorzenia rodzinnie pozwala nawet na przyjęcie przypadkowego wystąpienia tego schorzenia rodzinnie.

W dyskusji Kol. Goldstein zapytuje się, czy w przypadkach mówczyni był robiony odczyn Wassermanna i czy stosowano silbersalvarsan przy *sclerosis multiplex*.

Kol. Demianowska wyjaśnia, że odczyn Wassermanna był robiony i wypadł ujemnie we wszystkich przypadkach tak w płynie jak i we krwi. Silbersalvarsanu w przypadkach tych nie stosowano.

Kol. Rothfeld zaznacza, że silbersalvarsan stosowano bezkrytycznie przy stwardnieniu rozsianem, wychodząc z założeń pracy Steina, że wywołane ono jest przez spirochety. Stein pracował z zakażonemi królikami. Nikt oprócz niego nie dowiódł, że spirochety odgrywają rolę w etjologji tego schorzenia. wobec tego bezkrytyczne stosowanie silbersalvarsanu niema racji.

Kol. Krzemicki sądzi, że należy być bardzo ostrożnym, z wynikami terapji w *sclerosis multiplex*, gdyż jest to choroba mało skłonna do remisji, z czem należy się liczyć z wynikami różnych terapij. Mówca zgadza się z poglądem kol. Rothfelda, że pomyślne wyniki stosowania salwarsanu przy stwardnieniu rozsianem nie należy odnosić do salwarsanu.

Kol. Arend podaje, że przed kilkoma miesiącami mieliśmy sposobność obserwować na oddziale III Szpitala Powszechnego przypadek *sclerosis multiplex* o bardzo ostrym początku. W przeciągu kilku dni przyszło do porażenia wszystkich 4 kończyn, nadto wystąpiły niepokojące objawy, jak ciągłe wymioty i stany kolaptyczne. Wstrzyknięto 0.15 neosalvarsanu. Groźny stan chorego poprawił się w przeciągu kilku godzin, a dnia następnego chory zaczął poruszać rękami i nogami. W najbliższym czasie chory powrócił do domu. Całe schorzenie robiło wrażenie ostrej choroby infekcyjnej. Że w przypadku tym mieliśmy do czynienia rzeczywiście ze *sclerosis multiplex* świadczy fakt. iż chory zgłosił się z powrotem na naszym oddziele z typowemi objawami *sclerosis multiplex*. Po zastosowaniu powtórnem neosalwarsanu 0.15, objawy zaczęły się cofać, tak, że po kilku dniach chory żądał wypisania z oddziału.

Kol. Domaszewicz wspomina o innych metodach leczniczych, stosowanych w stwardnieniu rozsianem. Mówca stosuje z dobrym rezultatem terapie gorączkową, mianowicie szczepionki durowe. Przy tym sposobie leczenia remisje następują bardzo szybko, ale nie we wszystkich przypadkach!

W niektórych przypadkach terapja salwarsanowa daje dobre rezultaty. Przypadki, podawane w literaturze, pomyślnych wyników terapji salwarsanowej zasługują na uwagę.

Kol. Krzemicki zwraca uwagę, że w pobieżnych wywiadach często spotykamy się z tem, że dany osobnik jest chory od 2 tygodni, tymczasem przy szczegółowych wywiadach przekonywujemy się, że faktycznie jest on chory od 10—15 lat. Gdybyśmy stosowali jakąkolwiek terapje, to odnieślibyśmy wyniki pozornego niekiedy długotrwałego zdrowia do tej terapji. Trzeba się liczyć, że jest to choroba bardzo lotna w swych objawach, trzeba też być bardzo ostrożnym z wyciąganiem wniosków o działaniu poszczególnej terapji.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

SPRAWY ZAWODOWE.

Memorjał Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie reorganizacji Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Do Pana Prezesa Rady Ministrów.

Gdy w roku 1923 Ministerstwo Zdrowia Publicznego było znoszone a prawa i obowiązki tego Ministerstwa miały być przekazane Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, gdy rozważano rozgraniczenie kompetencji tych Ministerstw, Naczelna Izba Lekarska, jako urzędowa przedstawicielka stanu lekarskiego w Państwie, zgodnie z art. 1-ym p. b. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. U. N. 105. r. 1921. poz. 763), miała zaszczyt przedstawić ówczesnemu prezesowi Rady Ministrów memorjał, w którym podała motywy wskazujące na konieczność przyłączenia spraw zdrowia publicznego do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Dziś, gdy, o ile nam wiadomo, powstaje myśl odłączenia spraw zdrowia od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Naczelna Izba Lekarska z uwagi na doniosłość spraw zdrowotnych w Państwie, ich wagę jak pod względem ekonomicznym, tak i wogóle państwowym, ma zaszczyt przedstawić następujące motywy, które ją skłaniają do przekonania, że powaga, bieg i moc spraw zdrowotnych w Państwie najpomyślniej mogą się rozwijać tylko w łączności z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych.

1) Państwo nasze na Kresach Wschodnich jest pod ciągłą grozą wtargnięcia epidemji od Wschodu; sprawna, energiczna i czujna akcja jest tam stale niezbędna nie tylko ze względu na własne nasze interesy państwowe, ale i ze względu na Europę Zachodnią.

Tu należy przypomnieć, że w okresie epidemji wynikłych po wojnie wszechświatowej dla ich zwalczania powołany został na prawach Ministra, Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemjami, że młoda wówczas Polska, organizująca swe działy administracji,

a w tym rzędzie i zdrowia publicznego przy wydatnej pomocy państw obcych zdołała jednak stanąć murem w obronie Zachodu w walce z grożącemi Europie epidemjami. Niejednokrotnie ta zasługa Polski wobec Europy na terenie międzynarodowym była podkreślana. Nie należy zapominać, że dziś ta troska o ochronę przed epidemjami wyłącznie już leży na barkach Polski. Teraz, chwała Bogu, nie mamy epidemji, ale kto zaręczyć może, czy w najbliższej przyszłości nie wedrze się do nas jaka zaraza, która wymagać będzie silnej i szybkiej egzekutywy, którą właśnie zapewnić może tylko Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, jako skupiające w swoim ręku organa decydujące, wykonawcze i nadzorujące.

2) W wszystkich krajach cywilizowanych troska o rozwój spraw związanych z bytem ludności, a w tym rzędzie i spraw zdrowotnych jest przekazywana samorządom. Tak naprzykład sprawy zdrowotne są skoncentrowane w Anglji w Ministerjum, które obejmuje wszystkie sprawy samorządowe. I Polska wstąpiła po okresie etatyzmu na drogę rozwoju prac samorządowych w różnych dziedzinach życia. I w tych warunkach rządowi pozostaje poważna rola kierownicza i nadzorcza. Jeżeli zatem kierunek i nadzór nad samorządami koncentruje się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, to słuszny wydaje się wniosek, żeby i sprawy zdrowotne, któremi samorządy muszą i powinny się zajmować miały swój najwyższy organ w tymże Ministerjum, a więc w Ministerjum Spraw Wewnętrznych. W tych warunkach bowiem najpomyślniej i bez tworzenia nowych urzędów egzekutywa może być zapewniona.

Dla ujednostajnienia, skoordynowania i planowości zarządzeń sanitarnych w Państwie, jest rzeczą niezbędną, ażeby poszczególne działy sanitarjatu, które ongi obejmowało Ministerstwo Zdrowia zgodnie z zasadnicza ustawą sanitarną, a które z biegiem czasu przeszły do innych Ministerstw zostały napowrót włączone do głównego urzędu sanitarnego. A więc należy mieć na względzie te agendy, które obejmuje Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, gdyż każdy z jego działów tak głęboko i poważnie jest związany ze sprawą zdrowotności, że tylko w związku z głównym organem służby zdrowia publicznego może być celowo i oszczędnie (bez tworzenia nowych organów administracyjnych i urzędów lekarskich) prowadzony. Czyż nie jest dziwolągiem, że higjeną zawodową zawiaduje obecnie Generalna Dyrekcja, a higjeną pracy i walką z chorobami zawodowemi zajmuje się Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Czy w sprawie opieki nad matką i dzieckiem nie sprowadza zamieszania i zbytecznych wydatków na personel ten fakt, że opieką lekarską nad matką i dzieckiem zajmuje się jedno ministerstwo, a opieką sanitarną nad temże dzieckiem i matką zajmuje sie drugie ministerstwo? (Min. Spraw Wewn). Czy pożądana jest stąd wynikająca dwoistość dążeń, gdy jedno i drugie ministerstwo zajmuje się szkoleniem akuszerek? jedno i drugie organizuje dla nich odrębne kursa. Rozpatrzywszy wszystkie działy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, dojdziemy do przekonania, że wszystkie, nawet opieka nad pracą są tak związane ze sprawą ogólnej zdrowotności, że powinny być złączone z głównym urzędem zdrowia publicznego w Państwie. Wówczas okazało by się zbyteczne zastrzeżenie, że „w sprawach higjeny w pracy, przemyśle, górnictwie i rzemiosłach, w komunikacji lądowej i wodnej zastrzega się współdziałanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych“ (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), bo zamiast współdziałania i to często illuzorycznego byłoby istotne działanie tego Ministerstwa. Czyż nawet dział ubezpieczeń społecznych wysuwany, jako ten, który jakoby ma główne zadanie udzielać świadczeń pieniężnych nie jest tak mocno oparty na zdrowotności, że domaga się wprost przyłączenia również do sanitarjatu? Wszak jaskrawym dowodem niedostatecznego ujęcia i zrozumienia zadań zdrowotności w związku z interesem ogółu i państwa jest prowadzona pod Opieką Ministerstwa Pracy Kasa Chorych. Instytucja ta, obejmująca lecznictwo prawie całego kraju, woli prowadzić walkę ze słusznemi wymaganiami lekarzy i kierować instytucję pod wodzą czynników administracyjnych, zamiast ją wprowadzić na tory szerokiego ujęcia zadań lecznictwa w związku z zadaniami zdrowotnemi ogólno państwowemi. A to niewątpliwie byłoby rozwinięte i wykonane, gdyby instytucja ta była pod kierunkiem lekarskim i bezpośrednią opieką głównego organu sanitarnego.

3) Nie mniej rzeczą doniosłą byłoby przyłączenie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i tych działów administracji, dotyczących sanitarjatu, które się znajdują w innych ministerstwach, a które w poważnej łączności powinny być z zadaniami sanitarjatu ogólnego, że tu wymienimy higjenę szkolną w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, sprawę higjeny więzień w Ministerstwie Sprawiedliwości i w Ministerstwie Rolnictwa, tak doniosłą sprawę, jaką jest sprawa sanitarno-weterynaryjna, gdyż ta ujęta być winna nie z punktu widzenia hodowli, a przedewszystkiem z punktu widzenia tej poważnej roli, jaką odgrywa w ogólnej walce ze zdrowotnością i chorobowością. Biorąc wszystko powyższe pod uwagę, Naczelna Izba Lekarska jako główna przedstawicielka stanu lekarskiego w Państwie, stanu bez żywego udziału którego, pomyślny rozwój spraw sanitarnych w Państwie nie może być ujęty, jest przekonania, że najpomyślniejsze i najmniej wymagające wydatków prowadzenie spraw zdrowotności w Państwie może być osiągnięte wówczas, gdy główny urząd sanitarny działać będzie w łonie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo to bowiem ze względu na swoją sieć i organizację administracyjną najlepiej i najskuteczniej zapewnia egzekutywę w sprawach zdrowotnych. Tu jeszcze raz jednak podkreślić należy, że dla pełnego rozwoju spraw sanitarnych w Państwie należy przyłączyć wszystkie agendy, które mają wybitną łączność z ogólnemi sprawami zdrowotnemi, a które odeszły do innych ministerstw, a więc agendy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Koleji i Ministerstwa Rolnictwa.

Zespolenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z Ministerstwem spraw Wewnętrznych daje jeszcze tę przewagę, że sprawy samorządowe, które się skupiają w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, a które w tak poważnym zakresie obejmują sprawy zdrowotności, *eo ipso*, i bezpośrednio wchodzą w zakres i jej nadzoru. Tak skonstruowana Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia posiadać by mogła działy: a) zdrowotności, b) opieki społecznej, c) samorządowej i d) weterynaryjnej.

Powaga, znaczenie państwowe spraw zdrowotnych wymagają, ażeby na czele Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia stał Dyrektor, korzystający z praw podsekretarza stanu, podporządkowany Ministrowi Spraw Wewnętrznych, jak to ma miejsce we Włoszech i Belgii.

Przewodniczący (—) *Dr. med. Bączkiewicz.*

Sekretarz Czl. Zarządu (—) *Dr. med. Metelski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Z kraju.

Ile lekarzy jest w Państwie polskiem.

W państwie polskiem istnieje około 8 tysięcy lekarzy, 2 tys. dentystów, 2.350 felczerów i 6.500 akuszerek.

Warszawa posiada lekarzy wolnopraktykujących 1.664, rządowych zaś 52. Dla poszczególnych województw dane dotyczace lekarzy wyglądają w sposób następujący: woj. Warszawskie 291 (wolnopraktykujących), 27 (rządowych). woj. Łódzkie 572 (wp.), 18 (rz.), woj. Kieleckie 343 (wp.), 23 (rz.), Lubelskie 301 (wp.) 25 (rz.), Białostockie 236 (wp.), 22 (rz.), Wileńskie 313 (wp.), 12 (rz.). Nowogrodzkie 84 (wp.), 13 (rz.), Poleskie 125 (wp.), 15 (rz.), Wołyńskie 106 (wp.), 13 (rz.), Poznańskie 454 (wp.), 41 (rz.), Pomorskie 138 (wp.), 22 (rz.), Krakowskie 694 (wp.), 30 (rz.), Lwowskie 998 (wp.), 35 (rz.), Tarnopolskie 180 (wp.), 20 (rz.), Stanisławowskie 239 (wp.), 20 (rz.), Śląskie 288 (wp.), 15 (rz.)

Redakcja otrzymała.

Prof. Dr. Strauss (Berlin): Die Nephritiden und nichtentzündliche Nierenerkrankungen“. Wyd. firmy Urban uż Schwarzenberg Wiedeń 1926.

Dr. Grossfeld (Kraków) „Czy możliwy jest podział gruźlicy z punktu widzenia jej niebezpieczeństwa dla otoczenia?“ Odbitka z „Gruźlicy“ nr. 4 z r. 1926.

Bureau international du travail. Bibliographie d'hygiène industrielle. Vol. II, Nr. 2, Juin 1926.

Société des nations, Rapport épidémiologique, mensuel, 5-me année. Nr. 8. z 15 sierpnia 1926.

Dr. H. Higier. „Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w swerze somatycznej i psychicznej“. Odczyt wygłoszony w lutym 1925 r. w Tow. med. społ. Odbitka z „Warsz. Czas. lek.“. Nr. 5 i 6. z r. 1925.

Henryk Higier. „Syphilis et metasyphilis“. Odbitka z „Neurologji polskiej“ zeszyt II. z r. 1925.

Pożyteczny miesięcznik dla lekarzy.

Onegdaj ukazał się we Lwowie pierwszy numer miesięcznika „John Bull and Uncle Sam“ poświęconego nauce jęz. angielskiego. Wydawcą jest prof. gimn. E. Szumski, lektor jęz. angielskiego w Politechnice lwowskiej i Akademji Medyc. Weter. Autor uczy języka oryginalną metodą posługując się od samego początku anegdotkami. przyczem podaje wzorową wymowę i znaczenie polskie pod każdem słowem angielskiem. Niewątpliwie miesięcznik ten oddać może wielkie usługi lekarzom, dla których poznanie jęz. angielskiego jest bardzo potrzebne ze względu na liczne dzieła i czasopisma fachowe wydawane w tym języku. Cena dla prenemuratorów Polskiej Gazety lekarskiej wynosi 90 groszy, w przenum. kwartalnej 2 zł. 40 gr. Należytość należy przesłać czekiem P. K. O. Nr. 406.177 do Administracji miesieczn. „John Bull and Uncle Sam“ — Lwów, ul. Lenartowicza l. 20.